This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

1103

Soe. 1512 e. 475
31-2

VINGTIÈME ANNÉE

DE LA NOUVELLE SÉRIE.

LISTE DES MEMBRES RÉSIDANTS

DE LA

SECTION DE MÉDECINE.

MEMBRES HONORAIRES.

MM.

Lafond, docteur en chirurgie.
Le Bay, docteur-médecin.
Marchand, docteur en chirurgie.
Gautron, docteur-médecin.
Thibeaud, docteur-médecin.

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

Allard (Émile), doct^r-médecin.
Anizon, docteur-médecin.
Aubinais, docteur-médecin.
Baré, docteur-médecin.
Blanchet fils, docteur-médecin.
Bonamy (Eugène) *, docteur-médecin.
Bouanchaud, docteur-médecin.
Champenois, docteur-médecin.
Chenantais, docteur-médecin.
Citerne, docteur-médecin.
Delamare, docteur-médecin.
Deluen, docteur-médecin.
De Rostaing de Rivas, docteur-médecin.
Foulon, docteur-médecin.
Fouré *, docteur-médecin.
Galicier, docteur-médecin.
Gatterre, docteur-médecin.
Gély, docteur-médecin.
Hélie, docteur-médecin.
Hignard, docteur-médecin.
Leborgne, docteur-médecin.
Lefeuvre, docteur-médecin.
Le Houx, docteur-médecin.
Letenneur, docteur-médecin.
Lequerré, docteur-médecin, ancien chirurgien de marine.
Mabit, docteur-médecin.
Maguéro, pharmacien.
Mahot, docteur-médecin.
Maisonneuve (Th.), docteur-médecin.
Malherbe, docteur-médecin.
Marcé, docteur-médecin.
Mauduit, docteur-médecin.
Ménard, docteur-médecin.
Moisan, pharmacien.
Moriceau fils, docteur-médecin.
Padioleau, docteur-médecin.
Papin-Clergerie, doct^r-médecin.
Petit, docteur-médecin.
Pihan-Dufeillay, doct.-médecin.
Pincet, pharmacien.
Rouxeau, docteur-médecin.
Trastour, docteur-médecin.
Turpin, docteur-médecin.
Villeneuve, docteur-médecin.

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE

DU

DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

31e VOLUME.

20e ANNÉE DE LA NOUVELLE SÉRIE.

NANTES,

IMPRIMERIE DE Mme Ve CAMILLE MELLINET.

1855.

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE.

BULLETIN DES SÉANCES.

Séance du 15 *décembre* 1854.

PRÉSIDENCE DE M. LEQUERRÉ, PRÉSIDENT.

Cette séance est consacrée aux élections. En voici le résultat :

BUREAU.

MM. LETENNEUR, *président;*
MAHOT, *vice-président;*
CHAMPENOIS, *secrétaire;*
LE HOUX, *secrétaire-adjoint;*
DELAMARE, *bibliothécaire;*
MÉNARD, *trésorier.*

COMITÉ DE RÉDACTION.

MM. Rouxeau, Malherbe, Hélie, *titulaires;*
MM. Leborgne et Blanchet, *membres suppléants.*

COMITÉ DE VACCINE.

MM. Aubinais, Mabit et Mauduit.

COMITÉ DE TOPOGRAPHIE.

MM. Bonamy, Foulon et Allard.

COMITÉ D'ADMINISTRATION.

MM. Saillant, Mabit, Moriceau, Leborgne et Marchand.

Séance du 12 janvier 1855.

PRÉSIDENCE DE M. LETENNEUR, PRÉSIDENT.

M. Lequerré, avant de quitter le fauteuil de la présidence, remercie la Section de la bienveillance qu'elle lui a témoignée pendant tout le temps qu'il a eu l'honneur de présider ses séances.

Après l'installation des membres élus pour composer le bureau pendant l'année 1855, M. Letenneur, président, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers Collègues,

En venant occuper ce fauteuil, je ne puis me défendre d'une vive et profonde émotion. Je comprends toutes les difficultés attachées aux devoirs qui me sont imposés ; aussi, pour les accomplir, je compte bien moins sur mes propres forces que sur votre bienveillant appui. Je suis

soutenu par le souvenir de tous les témoignages de sympathie que vous m'avez donnés et qui sont trop honorables pour moi, pour que je puisse les oublier jamais. J'étais devenu votre collègue depuis quelques mois à peine, que déjà vous me donniez le titre de secrétaire-adjoint, et, depuis ce temps, vos suffrages m'ont élevé successivement, d'année en année, au secrétariat, à la vice-présidence, et, enfin, à l'honneur de présider et de diriger vos séances.

Recevez ici, Messieurs, l'expression bien sentie de ma reconnaissance pour cette succession non interrompue de faveurs, dont je sais apprécier tout le prix. Puissé-je, dans le courant de cette année, me montrer digne de la confiance que vous m'avez accordée, en apportant, dans l'exercice de mes nouvelles fonctions, l'exactitude, le zèle, la prudence et l'esprit de justice auxquels vous ont accoutumés mes honorables prédécesseurs.

Pendant les mois qui viennent de s'écouler, des devoirs impérieux, auxquels vous avez consacré, sans relâche, vos jours et bien souvent vos nuits, vous ont empêchés d'apporter dans les travaux de notre Société une activité aussi grande peut-être que celle que nous y avons vue régner quelquefois. Cependant, en reportant notre pensée vers l'année 1854, nous pouvons dire avec franchise et avec orgueil que, par l'importance de ses travaux, la Section de Médecine de la Société Académique de la Loire-Inférieure s'est maintenue au premier rang parmi les Sociétés médicales de province; et, en exprimant cette pensée, nous n'obéissons pas à un vain sentiment d'amour-propre, mais nous ne faisons que reproduire le jugement porté, sur nos publications, par la presse médicale de Paris, qui lui fait de fréquents emprunts, dont elle enrichit ses colonnes.

Aujourd'hui, Messieurs, que le choléra en s'éloignant de nous a laissé à chacun le loisir de reprendre le cours de ses études et de ses travaux, vous reviendrez, avec un zèle nouveau, apporter au foyer commun le fruit de votre expérience et de vos méditations. Vous reviendrez prendre

part à ces discussions scientifiques dans lesquelles l'importance des questions soulevées, l'ardeur de la lutte, le choc des opinions, ont donné quelquefois tant de charme et d'intérêt à nos séances.

Nous vivons à une époque où les intelligences déploient une prodigieuse activité. Jamais les sciences, jamais surtout la science médicale n'a compté tant d'ouvriers infatigables. Les barrières qui, il y a un demi-siècle à peine, séparaient encore les peuples, se sont abattues, et la presse médicale, prenant un immense développement, va recueillir chez toutes les nations le riche butin qu'elle nous apporte chaque jour. Aussi faut-il un travail opiniâtre et persévérant à l'homme qui ne veut pas rester en arrière du mouvement général, et surtout à celui qui veut contribuer à ce mouvement. Ce double but est souvent bien difficile, quelquefois même impossible à atteindre pour l'homme isolé, et c'est là ce qui rend si profitables les réunions comme les nôtres.

Ce riche butin dont je parlais tout-à-l'heure, cette production, cette accumulation sans cesse croissante de matériaux divers entre lesquels on ne découvre, au premier abord, aucune corrélation, aucun rapport possible, effraient certains esprits qui, ne comprenant pas dans quelle direction ils sont entraînés, cherchent en vain pour se guider, un nom, un drapeau qui dominent la foule, croient que la science marche au hasard, et sont tentés de nier le progrès.

Cependant, ce désordre n'est qu'apparent ou n'existe qu'à la surface. Il est facile, en se plaçant à un point de vue général et en pénétrant au fond des choses, de s'assurer que nous avançons dans la voie du progrès, d'une manière lente peut-être, mais d'une manière sûre, régulière, et, en quelque sorte, méthodique. L'édifice grandit et s'élève sans qu'il soit toujours possible d'apprécier et de mesurer ce que produit le travail de chaque jour, *crescit occulto velut arbor ævo* (Horace); tandis qu'en embrassant d'un coup d'œil une certaine période d'années, on est

frappé de l'importance des résultats qui ont été obtenus et de ceux que promet l'avenir.

On a dit avec raison que les hommes d'une génération ne sont que les éclaireurs de la génération qui les suit. Tout s'enchaîne dans la marche de l'esprit humain, et pour bien comprendre l'idée philosophique autour de laquelle doivent être rangés les faits qui se produisent à notre époque, il faut ne pas perdre de vue l'idée dominante qui a imprimé son cachet à l'époque qui nous a précédés.

La médecine, pendant la première moitié du XIXe siècle, a créé la science dont Morgani avait été le précurseur, l'*anatomie pathologique*; en même temps, elle a perfectionné les méthodes d'observation, et a réussi à porter à un haut degré de précision la connaissance ou plutôt la *constation du fait*.

Mais ce n'est pas tout de voir, a dit Albinus (Annotatio anatom.), *il faut encore savoir ce qu'on a vu*. Et, en effet, ce n'est pas tout d'observer les symptômes des maladies, de connaître les lésions organiques qui leur correspondent, de découvrir la cause qui a produit ces troubles et ces désordres, il faut pouvoir unir, coordonner ces divers éléments, en former un tout harmonique; il faut, en un mot, non plus seulement *constater*, mais encore *interpréter et expliquer le rapport qu'il y a entre les causes, les lésions et les symptômes*; c'est là ce qui constitue la *physiologie pathologique* qui fut le rêve des médecins de tous les temps, mais qui ne pouvait naître qu'après l'anatomie pathologique dont elle dérive naturellement.

La seconde moitié du XIXe siècle tend à se caractériser, nous pouvons l'affirmer déjà, par la création, comme science, de la *physiologie pathologique*.

Les anciens, pour expliquer ce qu'ils observaient, avaient été obligés d'inventer des systèmes qu'ils décoraient quelquefois du nom de doctrines. Aujourd'hui, la science, abandonnant ces théories aventureuses qui, en jetant parfois tant d'éclat, l'ont cependant trop souvent égarée,

revient avec plus de confiance que jamais à la véritable source de tout progrès, l'observation et l'expérience.

En restant dans cette voie qu'elle n'a jamais quittée sans danger, la médecine éblouira peut-être moins les esprits, mais elle réussira à mettre la réalité à la place de l'illusion, des vérités démontrées à la place des hypothèses, et à substituer à la routine aveugle, l'induction sévère et rationnelle. C'est ainsi qu'ont été élevés tant de beaux travaux dont notre époque peut s'enorgueillir, et qui constituent déjà comme autant de chapitres épars de la physiologie pathologique dont ils révèlent l'avénement prochain.

Cette science, appuyée sur l'anatomie pathologique, éclairée par la physiologie normale, prenant pour auxiliaires et non pour guides les sciences physiques qui lui prêtent un si utile concours, sachant enfin franchir à propos les bornes souvent trop étroites de l'organicisme, nous permettra d'approfondir de plus en plus les secrets de la maladie, et nous aidera puissamment à atteindre le but suprême auquel nous aspirons, c'est-à-dire, une bonne thérapeutique.

Voilà quel est à mes yeux l'avenir qui s'ouvre devant nous. Déjà, j'aime à le constater, plusieurs des travaux qui ont été lus à votre tribune, pendant l'année qui s'achève, ont montré, de la part de leurs auteurs, des études sérieuses de physiologie pathologique. Nous devons nous en féliciter, car c'est une preuve que nous ne restons pas en dehors des tendances scientifiques de notre époque.

En signalant ces heureuses tendances, je n'ai point la prétention, Messieurs, d'indiquer une direction spéciale à vos travaux et de chercher à renfermer votre sphère d'activité dans les termes d'un programme arrêté d'avance : loin de moi cette pensée. Je me plais, au contraire, à rappeler ici que, pour nous, le champ du travail n'a point de limites : depuis la relation d'un simple fait, depuis les détails les plus élémentaires de la pratique jusqu'aux aspirations les plus élevées de la philosophie médicale, chacun est libre de choisir ce qui lui paraît le plus utile, ce qui

séduit le plus son esprit, ce qui, enfin, est le plus en rapport avec ses goûts et ses aptitudes.

Chaque genre de travail a son utilité ; tantôt en ouvrant à la science des horizons nouveaux, tantôt en confirmant des vérités qui peuvent être attaquées ou oubliées, souvent en dévoilant des erreurs qui tendent à s'implanter dans la science ou qui y règnent déjà depuis longtemps, car lorsqu'on travaille sur les connaissances humaines, a dit avec raison Condillac, on trouve plus d'erreurs à détruire que de vérités à établir. Cette variété dans les travaux offre les plus grands avantages : au sein des Sociétés comme la nôtre, chacun, bénéficiant du travail des autres, augmente ainsi sans efforts et comme à son insu, la somme de ses connaissances, et se livre à l'étude avec d'autant plus d'ardeur qu'il est sans cesse stimulé par l'exemple.

L'intérêt et l'utilité de nos réunions sera donc toujours en raison du nombre des travailleurs ; c'est pourquoi nous ne devons jamais nous lasser de faire un appel à ceux de nos honorables confrères qui se tiennent encore éloignés de nous et auxquels nous serions si heureux d'ouvrir cette enceinte. Nous leur dirions : soyez les bienvenus, comme nous le disions naguère à tous ces jeunes collègues qui sont venus grossir nos rangs et dont l'active collaboration soutiendra la vieille réputation de notre Société et lui assurera un brillant avenir.

Pourquoi faut-il, Messieurs, que nous ne puissions élever un regard d'espérance vers l'avenir, sans être forcés de faire en même temps un pénible retour vers le passé en nous rappelant que, cette année encore, la mort ne nous a pas épargnés?

M. Danet, pharmacien de l'Hospice général, a succombé le 20 octobre 1854, âgé de 43 ans, à une cruelle maladie qui, depuis longtemps déjà, menaçait son existence, et le condamnait à un repos d'autant plus pénible qu'il était entièrement incompatible avec l'ardeur et l'activité peu communes de son intelligence.

M. Danet avait fait partie, autrefois, de notre Société

dont l'état fâcheux de sa santé l'avait obligé de s'éloigner temporairement; mais, en 1853, sentant ses forces renaître, et croyant peut-être à sa prochaine guérison, il était revenu prendre part à nos travaux. Par malheur, la trêve ne fut que de courte durée, et nous dûmes bientôt perdre l'espoir de revoir notre collègue parmi nous.

Vous n'avez point oublié comment, à l'occasion d'une discussion sur les applications du tabac en thérapeutique, M. Danet s'empressa, à la demande de quelques-uns d'entre nous, de nous apporter, sur ce sujet, un travail plein d'intérêt. Un procès célèbre venait d'attirer l'attention sur la nicotine et de soulever des questions de la plus haute gravité. Le moment était donc bien choisi; et nous devons regretter que le travail de M. Danet soit resté inachevé, car nul doute que son esprit ingénieux n'eût réussi à jeter une vive lumière sur un sujet qui est loin d'être encore complétement élucidé.

M. Danet a professé la chimie avec distinction, soit dans des établissements d'instruction publique, soit au Jardin des Pharmaciens, où il avait institué un cours gratuit qui attirait un nombreux auditoire.

En 1847, des fraudes signalées dans le commerce de la boulangerie nécessitèrent une série d'expertises dans lesquelles M. Danet réussit à éclairer l'Autorité sur des questions fort difficiles et la mit à même de réprimer bien des abus.

C'est probablement à partir de cette époque et par suite des recherches qu'il fut obligé de faire, qu'il conçut la pensée de découvrir un système économique de panification.

La cherté des subsistances vint, il y a un an, raviver cette pensée chez M. Danet. On sait qu'il était parvenu à des résultats qu'on dit devoir être très-satisfaisants, et que c'est au moment où il espérait recueillir le fruit de sa découverte que la mort est venue le surprendre.

On doit à M. Danet la fondation d'un journal scientifique : l'*Abeille Pharmaceutique*, dont il était le principal rédacteur et le gérant.

Il était membre du jury médical du département de la Loire-Inférieure, et était, depuis plusieurs années, essayeur pour les matières d'or et d'argent.

Pendant le temps qu'il a rempli les fonctions de pharmacien à l'hospice Saint-Jacques, il a cherché à faire bien des réformes, et a tenté plusieurs innovations qui n'ont peut-être pas toujours eu les résultats heureux qu'il avait espérés, mais qui ont mis en relief son amour du bien et son désir ardent de répondre à la confiance que l'Administration des hospices avait mise en lui.

Si j'avais eu la pensée de faire la biographie de M. Danet, je vous aurais parlé de son existence si accidentée, de ses luttes, de ses efforts contre les difficultés qu'il a rencontrées sur sa route et qu'il a souvent réussi à vaincre, grâce à son énergique tenacité. Mais j'ai voulu me borner à retracer quelques-uns des traits principaux de la vie scientifique du collègue que nous avons perdu, et montrer combien est grand le vide qu'il a laissé parmi nous, et combien sont légitimes les regrets qu'a inspirés sa mort prématurée.

Je n'aurais pas accompli ma tâche, Messieurs, si je ne rappelais ici le nom d'un homme qui fut longtemps un des membres les plus actifs de notre Société, après avoir été un de ses fondateurs, et que nous avons toujours aimé à considérer comme notre collègue, bien que, cédant aux exigences d'une santé un instant vivement ébranlée, il se fût retiré depuis plusieurs années de nos réunions.

M. Marion de Procé nous a été enlevé le 21 février 1854.

Vous avez encore présents à la mémoire les discours touchants qui furent prononcés au jour de ses funérailles, et l'émotion qui s'empara de la foule attentive au récit de cette existence si noblement et si utilement remplie. Je ne veux point affaiblir, en les reproduisant, les paroles éloquentes que des voix plus autorisées que la mienne firent entendre alors; permettez-moi, Messieurs, de dire seulement, en quelques mots, ce que fut M. Marion de Procé au sein de la Section de Médecine.

Après avoir terminé ses études médicales et reçu le diplôme de docteur, M. Marion fit un voyage en Italie, où l'entraînait l'amour des arts; peu après, il se rendait aux Indes, où l'histoire naturelle et la médecine fournirent à son esprit investigateur un riche et vaste champ d'études. De retour en France, il voulut aller se retremper au foyer si brillant alors de l'École de Paris, et recevoir, pour ainsi dire, un second baptême médical avant de revenir dans sa ville natale, où son mérite ne tarda pas à être apprécié, et où il obtint bientôt de si légitimes succès.

C'est alors, en 1824, qu'il s'associa à quelques autres médecins, pour fonder, au sein de la Société Académique, la Section de Médecine, qui compte déjà, vous le voyez, trente années d'existence.

M. Marion fut le premier secrétaire de notre Société et fut maintenu dans ces fonctions pendant trois ans. Les premiers volumes de nos collections publiés par ses soins, montrent combien il apporta, à cette œuvre, de zèle et de dévouement. Sous son utile direction, le journal compta bientôt un nombre d'abonnés qui n'a pas été atteint depuis. On peut trouver l'explication de ce fait dans l'intérêt que devaient trouver les médecins de la ville et du département à la lecture de la revue clinique des hôpitaux, publiée alors avec une grande régularité, et dans la relation de tout ce qui concernait la médecine locale et les intérêts professionnels.

Dans les premiers volumes de notre journal, nous retrouvons M. Marion faisant partie d'un grand nombre de commissions, où étaient élaborées des questions d'organisation intérieure, où étaient étudiés des problèmes d'hygiène publique et de topographie médicale; enfin, Messieurs, M. Marion a enrichi nos publications de travaux originaux dans lesquels se révèlent le remarquable talent d'observation et la rectitude de jugement que nous avons toujours admirés en lui.

Il fut élevé, en 1833, aux honneurs de la présidence; et cette dignité lui fut conférée de nouveau en 1839.

Au sein de la Section de Médecine, M. Marion s'est montré ce qu'il a été partout et toujours : nul n'a porté plus loin que lui cette bienveillance, cette aménité, ces formes graves et polies, qui, jointes à une exactitude en quelque sorte mathématique dans l'accomplissement de tous les devoirs de notre profession, faisaient de notre tant regretté collègue, un parfait modèle de déontologie médicale.

Nous conserverons religieusement sa mémoire, car c'est un titre de noblesse pour les Sociétés savantes de compter sur la liste de leurs fondateurs des noms tels que celui de M. Marion de Procé.

Nous aimerons toujours à nous rappeler que, par les belles qualités de son cœur et de son esprit, il a honoré le corps médical de notre ville, et qu'il était entouré de l'estime, de l'affection et du respect de tous ceux qui ont eu le bonheur de le connaître.

Je crois être l'interprète des sentiments de la Section tout entière en offrant des remerciements à M. Lequerré et à M. Blanchet, pour la manière dont ils ont rempli leurs fonctions de président et de secrétaire, pendant l'année 1854.

Après ce discours, M. le Président appelle à la tribune M. Papin-Clergerie, inscrit à l'ordre du jour pour la lecture d'un travail intitulé : *De la Nature de la Maladie de Bright* (1).

M. Aubinais rapporte, à cette occasion, une observation intéressante d'albuminurie. Il a donné des soins à un enfant de 9 ans, atteint, à deux reprises différentes, de néphrite albumineuse. La première fois, il employa d'a-

(1) Voir plus loin, pag. 20.

bord, pendant une quinzaine de jours, les boissons délayantes et alcalines; mais, n'obtenant aucun résultat, il se décida, sur l'insistance d'un médecin consultant, à recourir aux émissions sanguines, malgré l'apparence lymphatique du malade. Il lui pratiqua, successivement, trois saignées de bras; ce traitement eut un succès complet. Une ascite considérable, qui avait fait songer déjà à la paracentèse, se dissipa en peu de temps, et le malade guérit.

Deux ans après, le même enfant, à la suite d'un refroidissement, fut de nouveau atteint de la même affection. Les saignées procurèrent encore une guérison rapide.

M. Aubinais pense que ce malade n'a pas eu une véritable maladie de Bright, affection dont la guérison est si rare, mais seulement une simple néphrite aiguë que les saignées ont pu juguler.

Séance du 16 *février* 1855.

PRÉSIDENCE DE M. LETENNEUR, PRÉSIDENT.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Ouvrages reçus :

1° Mémoire sur les polypes de l'oreille, par M. Bonnafont, médecin principal de l'Hôpital militaire du Roule.

2° Discours sur les moyens à opposer à l'invasion du choléra asiatique, par le même.

3° Discours à l'Académie de Médecine, sur les déplacements de la matrice, par le même.

4° Du Cathétérisme de la trompe d'Eustache, par le même.

5° Observation de bec-de-lièvre double, très-compliqué, opéré avec succès par un nouveau mode opératoire, par le même.

6° L'Homœopathie et le choléra de 1854 à Marseille, par M. le docteur Crochet, de Marseille.

7° Considérations pratiques sur la propagation du Choléra-morbus, par M. le docteur Pascal, médecin de l'Hôpital militaire de Bayonne.

L'ordre du jour appelle une lecture de M. Pincet, sur un cas d'empoisonnement par l'acide arsenieux (1).

Cette observation donne lieu à plusieurs réflexions :

M. Aubinais s'étonne de voir l'arsenic, ce poison si actif, pris parfois à doses énormes sans déterminer la mort. Il fut appelé, un jour, près d'une jeune fille, qui venait d'avaler, dans le but de s'empoisonner, une grande quantité de mort-aux-rats, et, ensuite, 60 centigrammes d'extrait thébaïque. Elle eut des vomissements répétés et des symptômes de narcotisme très-prononcés. A défaut d'hydrate de péroxyde de fer, il lui fit prendre de l'oxyde de fer ordinaire. Elle a fini par guérir, après avoir éprouvé une violente gastro-entérite. Vers le quinzième jour, elle eut une ophthalmie profonde, qui lui fit perdre un œil.

M. Aubinais a vu administrer à des moutons des quantités énormes d'acide arsenieux, sans qu'il se soit produit de symptômes d'empoisonnement. Ces faits extraordinaires le conduisent à supposer que l'acide arsenieux, pris à très-haute dose, n'agit pas de la même manière que lorsqu'il est administré en moindre quantité à la fois.

M. Rouxeau fut appelé, un jour, près d'un jeune homme, qui lui parut atteint d'une maladie bizarre. Il était dans un état de somnolence et d'abattement dont rien ne pouvait l'arracher. Le malade finit par lui avouer qu'il avait avalé un gramme d'acide arsenieux, mêlé à deux grammes de sulfate de morphine. Il ne survint ni vomissements ni selles. Les symptômes d'engourdissement et de torpeur persistèrent pendant huit jours, ainsi qu'une très-forte céphalalgie; cependant, la guérison eut lieu. M. Rouxeau se demande, en présence de ces faits, si l'opium et l'arsenic n'exerceraient pas sur l'économie une action opposée, l'un devenant par là le contre-poison de l'autre.

M. Pincet dit que M. Forget a rapporté l'histoire d'un homme de 63 ans, qui prit un jour 60 grammes d'acide arsenieux. Huit jours après, survint une gangrène de la

(1) Voir plus loin, page 50.

jambe, qui nécessita l'amputation, laquelle fut suivie de mort.

M. Malherbe ne trouve pas surprenant qu'on ait observé des cas de gangrène après l'ingestion de l'acide arsenieux, puisque ce poison détermine des troubles nerveux et circulatoires si considérables. Il croit qu'on peut rapprocher ces faits de ceux qu'on observe dans l'ergotisme gangréneux, ainsi que des cas de gangrène qu'on voit se produire dans les affections graves des centres nerveux. La fonte de l'œil, survenue chez la malade de M. Aubinais, peut encore être rapprochée des cas de perforation de la cornée, qui se produisaient, dans les expériences de M. Magendie, chez les animaux soumis à l'influence des saignées répétées.

Dans les cas d'ingestion de grandes doses d'acide arsenieux, une grande partie du poison reste non dissoute, car l'acide arsenieux n'est pas très-soluble.

Quant à ce qui se passe chez les moutons, il peut fort bien y avoir décomposition de l'acide arsenieux et formation d'arsenic métallique, au contact d'une grande quantité de matières alimentaires presque entièrement composées de carbone et d'hydrogène. Il se passerait là une action chimique analogue à celle qui a lieu dans la formation des eaux minérales sulfureuses. On sait, en effet maintenant, que toutes les eaux sulfureuses naturelles sont produites par la décomposition de divers sulfates au contact de débris végétaux ou animaux.

M. Ménard croit qu'on n'emploie pas autant de savon arsenical pour préparer la peau d'un animal, qu'on l'a dit dans l'observation lue par M. Pincet. Il pense d'ailleurs que le poison, placé ainsi à la surface interne d'une peau recouverte de plumes, n'a été que fort peu en contact avec les parois du tube digestif. M. Ménard ajoute qu'il a vu survenir la gangrène de l'œil à la suite de l'administration du mercure.

M. Moriceau fait observer que, chez les chiens et les chats nourris uniquement avec du pain, on voit survenir la perforation de la cornée, et que M. Claude Bernard a

vu aussi se produire la fonte de l'œil chez des animaux, à la suite de l'enlèvement des ganglions cervicaux. Quant à l'action antagoniste de l'arsenic et de l'opium, elle a été admise par l'école italienne, qui, dans sa division des médicaments en deux classes, l'une des hypersthénisants et l'autre des hyposthénisants, a placé l'opium dans la première, et l'arsenic dans la seconde.

M. Hélie dit que, depuis longtemps, on a vu des exemples d'ingestion de grandes doses d'acide arsenieux non suivis de mort; mais qu'il faut remarquer que, dans tous ces cas, l'acide arsenieux a été pris à l'état solide, et que le vomissement a eu lieu rapidement et avant que le poison ait eu le temps de se dissoudre dans l'estomac. La dissolution de l'acide arsenieux dans les liquides contenus dans le tube digestif ne s'opère, en effet, que très-lentement. M. Hélie se fonde, pour énoncer cette proposition, sur la fréquence avec laquelle on trouve, dans les autopsies, des grains d'acide arsenieux solide sur la membrane muqueuse de l'intestin. Il pense, d'après cela, qu'il est inutile de recourir à des hypothèses ingénieuses pour expliquer l'absence d'accidents mortels dans les cas dont il s'agit. Malgré la grande quantité de poison ingérée, une très-faible partie seulement a pu être absorbée, et elle a été ensuite éliminée peu à peu de l'économie.

M. Moriceau fait remarquer qu'il existe cependant de nombreux exemples d'empoisonnement par l'acide arsenieux solide. La mort, dans ces circonstances, peut avoir lieu de deux manières différentes : elle peut être produite tout d'abord par l'action de l'agent toxique sur le système nerveux, ou bien n'avoir lieu que plus tard par suite de la gastro-entérite violente que détermine l'arsenic.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Papin, pour lire une observation de carcinôme du pylore (1).

Après cette lecture, M. Moriceau demande la parole. Il ne trouve pas, dans la description anatomique de cette

---

(Voir plus loin, page 53).

lésion, des raisons suffisantes pour admettre l'existence d'un cancer. Il a eu occasion d'examiner au microscope plusieurs estomacs provenant de sujets morts avec tous les symptômes du cancer stomacal ; dans quelques cas, il n'a pu constater qu'une simple hypertrophie des tissus. Cette hypertrophie lui paraît d'ailleurs suffisante pour produire la plupart des symptômes attribués au cancer du pylore.

M. Ménard ne pense pas qu'on puisse mettre en doute l'existence du cancer dans l'observation qui vient d'être lue.

M. Hélie trouve que M. Papin a eu raison d'attribuer le vomissement à l'étroitesse de l'ouverture pylorique. Il vient d'observer un cas de cancer du pylore, dans lequel il n'y a pas eu de vomissements ; mais, dans ce cas, il n'y avait point de rétrécissement de l'anneau pylorique ; cette ouverture était, au contraire, large et maintenue béante par suite de l'induration des tissus, aussi le vomissement n'était pas possible.

La séance est levée à 7 heures 1/2.

Le Secrétaire,

L.-F. CHAMPENOIS.

De la nature de la maladie de Bright, par M. PAPIN-CLERGERIE, *Médecin-suppléant des Hospices.*

Avant de rechercher la nature mystérieuse de la maladie de Bright, nous indiquerons rapidement, au point de vue du diagnostic différentiel, le degré de valeur in-

trinsèque des symptômes de cette maladie, et les principaux résultats qu'elle a fournis à l'analyse chimique et au microscope.

L'affection de Bright, qui attend toujours une dénomination scientifique et rationnelle, figure dans le cadre nosologique depuis sa première description par le docteur Bright. C'est là le privilége des découvertes vraiment utiles. La science les accepte en principe dès leur apparition; elle les dégage, avec le temps, des erreurs inséparables de toute vérité naissante. L'existence de cette affection, soupçonnée et entrevue aux différentes époques de l'histoire médicale, a été parfaitement démontrée par le célèbre médecin anglais qui a eu l'honneur d'y attacher son nom, dans un mémoire plein d'originalité, d'exactitude et de méthode, qu'il publia sur ce sujet en 1827 (1). MM. Bostock, Christison, Gregory, Graves, Hamilton et Eliotson, en Angleterre; Rayer, Martin-Solon et Forget, en France, confirmant la découverte du docteur Bright par de nombreux travaux, reconnaissent à cette maladie une individualité propre, fondée sur l'ensemble des caractères suivants:

L'hypérémie, l'hypertrophie, l'induration simple et la décoloration successives du tissu rénal, qui correspondent à la première période ou forme aiguë de l'affection;

Une lésion organique du même tissu, spécifique, consécutive aux formes précédentes, et qui tend fatalement à parcourir tous ses degrés, à savoir: la dégénérescence jaunâtre, l'état granulé, l'induration cartilagineuse et la surface bosselée;

La sécrétion d'une urine albumineuse, congulable par la chaleur et l'acide nitrique, moins riche en urée et en urate, trouble, rare, sanguinolente au début, souvent alcaline et mousseuse, et d'une faible pesanteur spécifique;

---

(1) Bright. — Renal diseases accompagnied with secretion albuminous urine, 1827.

La diminution des globules, de l'albumine et de la pesanteur spécifique du sang, et la présence de l'urée dans ce liquide;

Un mouvement fébrile initial peu marqué et assez rare;

Une douleur sourde des reins sans retentissement habituel dans les uretères et les cuisses, chez les hommes, du moins;

L'apparition d'un œdème au visage et aux extrémités, suivi d'un épanchement dans les cavités séreuses;

Enfin, des complications presque toujours inflammatoires éclatant avec une fréquence inégale sur certains points de l'économie.

La maladie de Bright, comme il est facile de le remarquer, ne possède exclusivement que les caractères anatomiques de la deuxième période, c'est-à-dire la dégénérescence jaunâtre, les granulations, l'induration cartilagineuse, et l'aspect chagriné de la surface des reins.

L'albuminurie a été observée, en effet :

1° Dans la congestion et l'hypertrophie essentielles du rein, dans le scorbut, le purpura, les fièvres éruptives, les fièvres typhoïde et pernicieuse hémorrhagiques, le diabète, l'ascite (1), la grossesse, les affections du cœur, des poumons et du foie, compliquées alors d'hypéré-

(1) L'ascite ne doit figurer ici que comme un agent mécanique qui entrave le cours de la circulation dans le rein, et y détermine une congestion suivie d'albuminurie, ainsi qu'on l'observe dans la grossesse et les affections du cœur, des poumons et du foie. Considérée autrement, l'ascite n'a pas de valeur étiologique qui lui soit propre dans l'espèce. Elle n'est plus qu'un des traits nombreux de la physionomie du groupe hémétopathologique, qui a été signalé déjà au nombre des causes ordinaires de l'albuminurie, sous le nom de scorbut, de purpura, etc.

mie, et quelquefois même d'hypertrophie rénales consécutives (1).

2° Avec les lésions précédentes, et, à un degré plus avancé de la maladie, avec induration simple et décoloration du même organe, dans la néphrite en général;

3° Avec dégénérescence dans la tuberculisation et le cancer du rein, et avec simple production anormale dans le kyste rénal;

4° Sans sécrétion d'albumine, mais avec mélange, dans tous les cas où l'urine contient du pus ou du sang: la néphrite et la cystite suppuratives, la blennorrhagie et l'hématuris (2);

---

(1) Le petit nombre d'observations d'albuminurie sans trace de lésion ou de modification du tissu rénal, en présence de la masse de faits contraires, et dans lesquels des modifications organiques même très-superficielles ont été révélées plus d'une fois par l'autopsie, n'infirme pas notre opinion relativement à la coïncidence absolue de l'albuminurie et d'un état particulier de la substance rénale. Nous sommes disposé à admettre chez les quelques albuminuriques dont il s'agit, l'existence d'une congestion du rein au premier degré, dont l'expression anatomique aura disparu avec les phénomènes vitaux. L'analogie, du moins, nous autorise à donner cette explication.

Du reste, considérant l'albuminurie comme le résultat d'un désordre fonctionnel du rein, nous reconnaissons que celui-ci est susceptible de sécréter momentanément une urine albumineuse sous l'influence d'un ébranlement nerveux général ou local, tel qu'une syncope, une forte émotion, une attaque d'hystérie ou d'épilepsie, une douleur violente, et principalement la colique néphrétique; et encore, dans ce dernier cas, la douleur s'accompagne-t-elle d'une fluxion rénale; mais ce trouble de la sécrétion urinaire accidentel et instantané ne constitue pas l'*albuminurie proprement dite.*

(2) L'urine mélangée avec du muco-pus ou du sang présente naturellement des traces d'albumine; mais elle dépose un sédiment muco-purulent ou sanguin reconnaissable à la simple inspection, et le microscope y découvre, au besoin, des globules, si l'urine est acide.

5° Dans la cystite cantharidique (1);

6° Enfin, dans les conditions pathologiques, encore mal déterminées, où l'urine est généralement considérée comme chyleuse ou laiteuse. MM. Deville et Personne, Mayer et Pearse (2) ont prouvé que les urines prétendues chyleuses ou laiteuses ne contenaient ni caséine, ni pus, ni phosphate, mais de l'albumine, et, surtout, une matière grasse, qui donne à ces urines leur apparence laiteuse.

Toutefois, dans les divers états que nous venons de citer, l'urine renferme moins d'albumine, et celle-ci n'y existe

---

(1) Nous ferons remarquer, d'abord, que cette dénomination est incomplète et même vicieuse, car, d'après les observations de MM. Bouillaud (1) et Morel-Lavallée, l'action irritante de la cantharide se manifeste primitivement et principalement sur les muqueuses rénale et urétérale (plus encore du côté de la muqueuse rénale), sous l'aspect d'une injection vive, de plaques violacées, et de pseudo-membranes; tandis que la muqueuse vésicale n'offre les mêmes lésions qu'à l'embouchure des urètères, et, sur ce point, la rougeur est habituellement moins prononcée et la formation de fausses membranes relativement rare.

Disons maintenant que la cystite cantharidique apparaît et disparaît trop rapidement, dans le plus grand nombre des cas, pour donner lieu à de la suppuration, et que l'albuminurie peut être ici le résultat simultané 1° de la disposition des muqueuses urinaires, qui ne se rencontre que dans l'intoxication cantharidique, de laisser transsuder de l'albumine; 2° de l'hypérémie rénale par extension de l'injection de la muqueuse; et 3° de la cystorrhagie qui accompagne très-souvent la cystite cantharidique. Nous avons rangé déjà la congestion rénale et l'hématurie au nombre des causes les plus habituelles de l'albuminurie. Il y aurait donc ici, à la fois, sécrétion rénale albumineuse et simple mélange d'albumine transsudée avec l'urine.

(1) M. Bouillaud, — Sur l'Albuminurie cantharidique (Revue médico-chirurgicale, 1848).
M. Morel-Lavallée, — Mémoire sur la Cystite Cantharidique, 1847.

(2) MM. Deville et Personne, — Journal de Pharmacie, 1841.
MM. Mayer et Pearse, — Expériences sur les Urines chyleuses ou chylo-séreuses ou laiteuses (Transactions médico-chirurgicales, tome XVI, 1851).

que passagèrement. L'urine ne s'écarte pas autant de sa densité normale, et la proportion de l'urée et des urates offre peu de changement; enfin, le sang, presque toujours coagulé dans l'hématurie, s'écoule plus abondamment, et donne à l'urine une teinte plus rougeâtre.

Ainsi donc, l'albuminurie et les premières formes de l'anatomie pathologique des reins, dans la maladie de Bright, n'appartiennent pas uniquement à cette affection. Ce n'est pas tout.

L'usage interne des médicaments alcalins, et une nourriture composée d'aliments de même nature, fournissent une urine alcaline.

La diminution des globules du sang se rencontre dans les cachexies et la chlorose, mais il est vrai, sans diminution appréciable d'albumine.

L'urée se trouve dans le sang après l'extirpation des reins, et à la suite d'accidents néphrétiques prolongés ou répétés.

La fièvre qu'on observe quelquefois au début de la maladie de Bright, accompagne aussi la néphrite. Cependant, elle est régulière, plus intense et précédée de frissons dans cette dernière maladie.

La douleur rénale est un symptôme constant dans toutes les affections des reins; néanmoins son obscurité habituelle dans la maladie de Bright est caractéristique.

L'œdème de cette affection ne peut pas être distingué de celui de la scarlatine, qui affecte le même siége, suit la même marche et précède également les épanchements dans les cavités séreuses. Aussi MM. Bright et Rayer, frappés des ressemblances nombreuses des deux maladies, n'hésitent pas à rattacher la scarlatine albumino-œdémateuse à la forme aiguë de la maladie de Bright. Il faut ajouter que, dans certaines néphrites et congestions rénales-albumineuses, l'œdème se manifeste encore avec les mêmes caractères.

Mais cependant l'œdème de l'affection de Bright est plus constant, plus durable et moins circonscrit.

L'hydropisie apparaît dans presque tous les cas où l'on

observe un appauvrissement du sang très-prononcé ou un arrêt de la circulation. Elle suit alors, qu'elle progresse ou qu'elle rétrograde, une marche régulière qui contraste avec ses évolutions brusques et capricieuses dans la maladie de Bright.

Quant aux complications aiguës de cette maladie, on doit reconnaître qu'elles surviennent plus rarement dans le cours des autres affections.

La maladie de Bright, si l'on fait abstraction de l'état caractéristique des reins, se révèle donc seulement par un ensemble de signes qui, pris isolément, n'ont pas une valeur suffisante pour la caractériser, mais dont la coïncidence et l'enchaînement conduisent en général à affirmer son existence.

Du reste, l'histoire de cette affection n'est pas achevée. On devra faire des expériences comparatives plus étendues et plus précises sur la densité et la proportion respectives des éléments de l'urine et du sang dans les états du rein qui donnent lieu ordinairement et accidentellement à l'albuminurie. Ces recherches seront singulièrement facilitées par les progrès de la chimie organique et une plus grande habitude du microscope, qui permettent d'établir, dès aujourd'hui, un diagnostic plus rigoureux dans la classe des affections albumineuses des reins.

Déjà, le docteur Grégory (1), dirigé par un remarquable talent d'observation et d'analyse vers les opérations expérimentales sur les liquides de l'économie, a eu le mérite de dresser en regard des tableaux très-curieux qui retracent, d'une part, les variations de la densité spécifique des urines et du sérum du sang, et celles du degré de coagulabilité des urines chez des albuminuriques

(1) Grégory. — Edinburgh médical and surgical journal, tomes XXXVI et VII.

atteints d'hydropisie, et, d'autre part, les variations de la pesanteur spécifique de l'urine et du sérum du sang dans l'état de santé. Mais, comme le remarque M. Rayer, le savant Anglais, privé des lumières actuelles de l'anatomie pathologique, a compris, dans le groupe de ses observations d'albuminurie compliquée d'hydropisie, des affections qui n'ont de commun avec la maladie de Bright que l'hydropisie avec urine coagulable. Il n'a pu fournir, en conséquence, aucune donnée exacte qui puisse servir de terme comparatif entre l'urine et le sang dans la maladie de Bright, et les mêmes liquides dans les autres états albumineux des reins. C'est encore là le problème à résoudre.

M. Rayer (1), dont les travaux plus récents attestent une connaissance plus nette de cette affection, a reconnu la diminution de la pesanteur spécifique de l'urine dans la néphrite chronique primitive ou consécutive à la cystite : l'urine est albumineuse.

Enfin, M. Becquerel (2), fécondant la découverte de M. Biot, relative à la déviation à gauche du rayon de lumière polarisé par l'albumine, a précisé les données générales sur les proportions de cet élément dans le sang et l'urine. Il est parvenu à mesurer exactement la quantité d'albumine contenu dans le sang et l'urine d'individus bien portants et malades. L'application de son ingénieux procédé au diagnostic différentiel de la maladie de Bright et des autres lésions et modifications rénales pouvant entraîner la production de l'urine coagulable et des

---

(1) M. Rayer. — Traité des maladies du rein. (Historique de la néphrite albumineuse.)

(2) M. Becquerel. — Recherches microscopiques et pathologiques sur l'albumine du sang et des divers liquides organiques. (Archives générales, 1850.)

épanchements séreux, procurera peut-être des résultats positifs (1).

M. Becquerel conclut, de plusieurs expériences, que l'appauvrissement du sérum, dans la maladie de Bright, est la conséquence de l'hydropisie, et non pas le résultat du passage de l'albumine dans les urines. Ainsi, dans les cas d'hydropisie avec urine coagulable, le sérum lui a offert les déviations suivantes : 6 degrés 17 minutes, qui corres-

---

(1) L'albuminimètre (c'est le nom de l'appareil de M. Becquerel) se compose 1° d'un prisme bi-refringent appelé polariseur ; 2° d'un tube de 30 à 20 centimètres de longueur, selon la nuance plus ou moins foncée du sérum du sang, qui doit être traité préalablement par une petite quantité de sulfate de soude, 1 partie sur 100, et filtré (l'addition du sel éclaircit le sérum et fixe les globules sur le filtre sans altérer les propriétés physiques du liquide) ; 3° d'un second prisme bi-refringent nommé analyseur, placé au centre d'un cercle divisé en degrés et minutes. Une cage en fer-blanc, peint en noir, contient une lumière très-vive qu'on dirige vers le polariseur.

Les déviations que subit le rayon de lumière polarisé à travers la colonne de sérum, visées à l'aide de l'analyseur, sont marquées sur le cercle gradué. Elles ne peuvent être attribuées à un autre élément que l'albumine en dissolution dans le sérum, car on n'y découvre pas de glucose, et les sels alcalins, ainsi que les matières extractives de ce liquide, n'ont aucune action sur le rayon de lumière. Enfin, l'intensité de la déviation du rayon lumineux est proportionnelle à la richesse du sérum en albumine, et l'on obtient les mêmes effets en substituant à ce liquide une solution aqueuse d'albumine purifiée.

Les résultats de l'application de l'albuminimètre à l'examen de 50 sérum recueillis dans diverses affections, ont été vérifiés par l'analyse chimique et la séparation de l'albumine. Les déviations ont oscillé entre 4 degrés 30 minutes et 9 degrés, et les proportions d'albumine ont varié de 48 grammes 60 centigrammes à 94 grammes 41 centigrammes. Dans l'état de santé, les déviations oscillent entre 7 à 8 degrés, et les proportions d'albumine varient de 75 à 85 grammes. La moyenne de 20 observations de cette catégorie, pour chaque analyse, a donné 0,180 milligrammes pour chaque minute. Il suffit donc, pour obtenir la quantité d'albumine dissoute dans un liquide donné, de multiplier par 0,180 milligrammes le nombre de degrés (convertis en minutes) qui indiquent la mesure de la déviation.

pondent à 67 grammes 36 centigrammes, — 5 degrés 48 minutes ou 62 grammes 64 centigrammes, et chez une femme atteinte de la maladie de Bright, avec un peu d'œdème aux malléoles et beaucoup d'albumine dans les urines, l'albuminimètre marquait 7 degrés 50 minutes ou 78 grammes 60 centigrammes.

Ces différences, si elles sont réelles, nous ne les comprenons pas, car le liquide épanché dans les cavités séreuses ne renferme qu'une quantité insignifiante d'albumine. Où se porte donc l'albumine en moins, dans l'hydropisie avec une urine peu coagulable?

M. Becquerel recommande également de filtrer les urines, avant de les soumettre à l'épreuve de l'albuminimètre. Selon lui, des urines très-albumineuses en apparence, ne contiennent qu'une faible quantité d'albumine. Il a vu l'albuminimètre marquer 5 grammes 76 centigrammes, 4 grammes 50 centigrammes, et 3 grammes 60 centigrammes dans des urines qui fournissaient un précipité très-abondant par la chaleur ou l'acide nitrique.

En présence de pareils résultats, on se demande d'abord si le précipité, obtenu par l'action du calorique, a été traité par l'acide nitrique. Ce précipité n'est peut-être qu'un dépôt complexe d'albumine, de carbonate d'ammoniaque provenant de la décomposition de l'urée et du mucus par la chaleur, de phosphate de chaux et d'ammoniaque, et d'urate d'ammoniaque, précipités à la suite de la transformation des acides libres en sels ammoniacaux, aux dépens du carbonate d'ammoniaque. Ce dépôt est analogue au coagulum albumineux; mais il se dissout, moins l'albumine, dans l'acide nitrique. Le même précipité peut se former sans albumine dans une urine alcaline, sous l'influence de la chaleur: l'albumine, dissoute dans les alcalis, ne se dépose pas.

Quant au précipité obtenu par l'acide nitrique, il n'a peut-être pas été traité par un excès d'acide. Il est donc possible qu'il soit composé d'albumine, d'acide urique et d'urate d'ammoniaque, précipités par l'acide nitrique. Un excès d'acide le dissout, à l'exception de l'albumine.

M. Becquerel (1) a rendu un autre service à l'histoire de la maladie de Bright, en contribuant, par ses études microscopiques, à déterminer le point de départ de la dégénérescence rénale. MM. Valentin et Gluge (2) l'avaient déjà établi, mais avec moins de précision et de clarté, peut-être. MM. Valentin, Gluge et Becquerel ont reconnu, à l'aide du microscope, que les glandes de Malpighi, c'est-à-dire la substance corticale, étaient le siége primitif de la lésion du rein; ce qui explique fort bien le trouble immédiat de la sécrétion urinaire.

M. Becquerel admet 3 degrés de lésions organiques, qu'il divise et décrit en ces termes:

1° « Développement des glandes de Malpighi, par suite d'une congestion sanguine, et probablement compression et peut-être oblitération des vaisseaux qui les entourent;

2° » Hypertrophie des glandes dûe à leur infiltration par une matière albumineuse encore peu consistante, jaune et provenant d'une première transformation du sang, qui les congestionnait au premier degré, et qui a perdu sa matière colorante;

3° » Hypertrophie des mêmes organes avec dégénérescence jaunâtre ou blanchâtre, qui tranche surtout, parce que toutes les glandes ne sont pas altérées au même degré. Lorsque la lésion devient générale, elle donne un aspect uniforme à la substance altérée. »

La première forme d'altération appartient également à la congestion du rein, en général, et la seconde forme à la néphrite, tandis que la dernière imprime à la maladie de Bright un cachet tout particulier.

Complétant les recherches microscopiques de MM. Va-

---

(1) M. Becquerel. — Séméiotique des urines, 1841.

(2) M. Valentin. — Repertorium für Anatomie und Physiologie, 2e volume, 1837.

M. Gluge. — Anatomisch-Mikroscopisch Untersuchung zür allgmeinen und speciellen pathologie, 1839.

lentin, Gluge et Becquerel, un micographe anglais, M. Frérichs (1), a constaté, dans la première phase de la maladie de Bright, avec l'hypérémie plus fortement accusée des glandes de Malpighi, l'injection du tissu inter-glandulaire, de la substance tubuleuse, et de la muqueuse des calices et du bassinet; les plexus veineux de la substance corticale, sont gorgés d'un sang noirâtre. A la deuxième période, et quelquefois, dès la première, les canaux urinifères de la substance corticale d'abord, et ceux des pyramides, contiennent des débris de leur paroi épithéliale, de la fibrine coagulée, et des globules sanguins plus ou moins modifiés. Le coagulum emprisonne ordinairement dans ses mailles fibrineuses des lamelles d'épithélium, et des globules désagrégés. L'hypérémie diminue alors. A la troisième période, les portions d'épithélium détachées, et la fibrine coagulée, se transforment en granulations graisseuses, qui remplissent les vaisseaux urinifères. Enfin, à une époque plus avancée de cette période, les mêmes lésions se généralisent et s'aggravent; le tissu interstitiel participe, à son tour, au travail d'exsudation épitéliale, et l'hypérémie disparaît.

Dans cette description très-abrégée des lésions rénales observées par M. Frérichs dans la maladie de Bright, rien ne distingue encore la première forme pathologique de cette maladie de l'hypérémie simple du rein, à moins, circonstance rare, qu'on ne trouve, dès la première phase, dans les vaisseaux urinifères ou dans l'urine, les cylindres fibrineux (c'est le nom donné par le médecin anglais au coagulum fibrineux, qui se moule dans les canaux). Et ce signe, lui-même, n'est-il pas rigoureusement caractéristique de la maladie de Bright, à la première période, puisque, d'après le témoignage de M. Frérichs, on l'observe aussi dans l'albuminurie des formes aiguës *tumultueuses*, qui

(1) M. Frérichs. — Die Brightische nierenkankheit und deren Behandlung, 1852. — M. Lasègue (Archives Générales, 1854).

succèdent à la scarlatine, aux refroidissements violents, etc.

Maintenant, le siége anatomique de la désorganisation rénale est-il bien le siége réel de la maladie de Bright? Au-delà du siége démontrable, n'existe-t-il pas un autre siége indéterminé, et que nos moyens d'investigation ne nous permettent pas encore de fixer? Nous arrivons ainsi à l'examen d'une question très-obscure, et cependant très-intéressante.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la maladie de Bright, ont émis tour à tour une opinion théorique sur sa nature. Est-ce une variété de néphrite, la néphrite albumineuse de M. Rayer? Est-ce une lésion rénale *sui generis?* Le rein est-il altéré primitivement ou consécutivement à l'altération des liquides? où et comment s'accomplit l'altération des liquides?

M. Rayer (1) se basant, d'une part, sur la fièvre, la douleur, la congestion, l'hypertrophie, la décoloration et l'induration simple rénales; d'autre part, sur l'état couenneux du sang, la disposition manifeste de divers organes à la phlogôse, et l'efficacité du traitement antiphlogistique, prétend que l'affection de Bright est d'origine inflammatoire. Il considère la dégénérescence jaunâtre, les granulations, l'induration cartilagineuse et les aspérités extérieures du rein, comme de simples transformations successives d'un état phlegmatique.

Mais l'hypérémie, l'hypertrophie et la décoloration, ne se rattachent pas nécessairement à un état inflammatoire. On les rencontre aussi dans un grand nombre d'altérations organiques étrangères à l'inflammation : le ramollissement qui, du moins, n'est pas toujours le produit d'un travail phlegmasique, les tubercules, la cirrhose, le cancer, la mélanose et les kystes, qui n'ont rien de commun avec les phlegmasies. Pourquoi, dans la maladie de

(1) M. Rayer. — Traité des maladies du rein. (Historique de la néphrite albumineuse.)

Bright, l'hypérémie ne se formerait-elle pas autour des points envahis successivement par le principe et la lésion morbides, comme elle se développe autour d'un corps étranger ou d'une production anormale; et, dans cette hypothèse, l'hypertrophie serait la conséquence du mouvement congestionnel qui ouvre la scène, et activé peut-être par un redoublement fonctionnel des reins analogue à celui qui détermine l'hypertrophie active du cœur, lorsqu'il existe un obstacle centrale à la circulation. On sait qu'en pareil cas, le cœur réagit avec force contre ses entraves, et que l'anévrysme est presque toujours le résultat de la surexcitation prolongée de cet organe. Il en est de même encore de l'hypertrophie musculaire de l'estomac et de la vessie avec rétrécissement de leur orifice inférieur. C'est toujours le même mécanisme. Enfin, à une période plus avancée de l'affection de Bright, la congestion disparaîtrait progressivement, repoussée ou assimilée par la matière morbide déposée ou développée dans le tissu rénal, et passant successivement à l'état jaunâtre, granulé, cartilagineux et chagriné.

Quant à l'induration simple des reins, observée beaucoup moins souvent, la présence de l'élément pathognomonique dans la substance de l'organe, peut bien y développer accidentellement une inflammation secondaire, exagération de l'hypérémie, qui se révèle à l'autopsie sous l'apparence de plaques indurées rouges ou pâles. Le rôle de l'inflammation dans la maladie de Bright se bornerait là.

Cette manière d'envisager la nature et les différentes phases des lésions constitutives de la maladie de Bright, nous paraît plus conforme à l'observation générale des faits, et aux lois qui les formulent. En effet, quelles sont les modes de terminaison de la phlegmasie? La résolution, l'hypertrophie, l'induration simple ou la suppuration. Mais l'inflammation n'a pas la puissance de fabriquer de toutes pièces des tissus sans analogue, tels que la dégénérescence jaunâtre, les granulations et l'induration cartilagineuse. Les reins auraient donc seuls le privilége de faire produire à l'inflammation ces sortes de tissus. De

plus, on n'a jamais constaté de traces de suppuration rénale dans la maladie de Bright, à moins de complications du côté des muqueuses des voies urinaires.

La douleur locale, commune à toutes les affections des reins, n'est point l'indice d'une phlegmasie. L'analogie le prouve suffisamment. La rate et le foie, plus ou moins congestionnés mais non phlogosés, celui-ci dans l'embarras gastrique, celle-là dans la fièvre intermittente, deviennent le siége de douleurs locales, spontanées ou provoquées par la pression. Or, la douleur splénique tombe le plus souvent avec le mouvement fébrile ; et un vomitif ou une application de quelques sangsues sur la région du foie, détend cet organe et apaise ses souffrances.

La fièvre n'a pas de valeur inflammatoire par elle-même, car elle accompagne les fièvres éruptives, par exemple, qui ne sont pas rangées parmi les phlegmasies, et s'observe même dans certaines formes de chlorose, qui paraissent exemptes de complication inflammatoire. De plus, elle n'est pas constante dans la maladie de Bright.

M. Rayer invoque encore, à l'appui de son opinion, la disposition de plusieurs organes à l'inflammation dans le cours de cette maladie. La diathèse inflammatoire y existe réellement et ne peut être contestée ; mais d'abord les phlegmasies intercurrentes qu'elle produit, n'ont pas une physionomie franchement aiguë. On dirait qu'elles sont dominées par le génie de l'affection principale, et ce n'est pas sans raison qu'on leur a trouvé une grande ressemblance avec celles qui se manifestent sous l'influence des infections putrides ou purulentes. Leurs allures brusques et irrégulières, leur développement habituel en dehors des conditions étiologiques ordinaires, la rapidité effrayante ou l'extrême lenteur de leur marche vers une terminaison presque toujours funeste, contrastent singulièrement avec les phlegmasies entées sur des sujets sains, et contractées seulement au milieu des variations de température. Ensuite, le caractère phlegmasique de

certaines complications de la maladie de Bright, ne prouve pas sa nature inflammatoire, car les mêmes accidents s'observent dans les pyrexies éruptives qui présentent aussi une altération du sang.

MM. Andral et Gavarret (1) ont, du reste, établi sans réplique le caractère non inflammatoire de l'affection de Bright. Après avoir posé en principe que, dans les phlegmasies, le chiffre de la fibrine s'élevait constamment, sans changement dans le nombre des globules, tandis que la proportion des globules diminuait de même, sans variation de fibrine, dans la chloro-anémie, ils ont toujours constaté, dans la maladie de Bright, une diminution sensible des globules coïncidant avec le maintien de la fibrine normale. Ces résultats rendent compte de la couche fibrineuse qui se forme à la surface du caillot sanguin dans cette affection. C'est la couenne molle, mince et large des chloro-anémiques. Quant à la couche fibrineuse, ferme, épaisse et d'un petit diamètre, observée accidentellement dans le cours de la maladie de Bright, elle doit être liée à l'existence d'un élément phlegmasique qui est venu traverser l'affection principale.

Nous avons dit que les complications aiguës de la maladie de Bright semblent se produire en dehors des conditions étiologiques extrinsèques; mais il n'en faut pas moins reconnaître ici l'intervention assez fréquente de causes extérieures qui concourent très-activement au développement des accidents phlegmasiques. C'est ainsi que la plupart des malades, rarement alités avant la dernière période de la maladie, s'exposent, dans les conditions les plus fâcheuses, aux conséquences d'un changement de température; et on s'explique aisément la puissance de ses effets sur des organes qui, doués d'une grande activité fonctionnelle et interstitielle, ne reçoivent plus qu'un sang appauvri et altéré. Atteints profondément dans leur

(1) MM. Andral et Gavaret. — Essai d'hématologie pathologique, 1843.

vitalité, ils résistent difficilement aux agents morbides qui les entourent.

Il importe maintenant, pour bien fixer la valeur séméïotique du traitement antiphlogistique, dans la maladie de Bright, d'établir une distinction préalable. Au début de l'affection, le rein offre deux éléments nettement tranchés: la matière morbide, infiltrée et disséminée dans la substance de cet organe, et une hypérémie primitive et symptomatique à la fois, plus ou moins étendue. Que, dans de pareilles conditions, les évacuations sanguines opèrent une amélioration notable; rien de plus naturel et de plus physiologique. On dégorge ainsi le tissu rénal qui recouvre momentanément ses fonctions. L'œdème s'efface, et l'albumine ne se retrouve plus dans les urines. Mais l'élément spécifique, réfractaire aux émissions sanguines, n'en continue pas moins sa marche, dans le plus grand nombre des cas, et la congestion du rein se reproduit en vertu de la même cause. La médication antiphlogistique fera cesser encore pendant quelque temps l'afflux sanguin, la néphrite secondaire et les complications aiguës, ou du moins les symptômes les plus sensibles de ces manifestations morbides; on pourra obtenir de la sorte une guérison apparente et répétée, ou plutôt un amendement appréciable jusqu'à l'entière destruction du tissu rénal par les progrès de la lésion caractéristique. A cette dernière période de la maladie, les accidents sont nécessairement complets et permanents.

La nature de la maladie de Bright n'est donc pas inflammatoire. Supposerons-nous maintenant, en nous fondant sur des lésions organiques sans analogue, et un travail de dégénérescence sans rémission, que sa nature doit participer de celle du cancer ou du tubercule? Mais, si le cancer, le tubercule et la dégénérescence rénale de l'affection de Bright, forment au point de vue de l'anatomie pathologique, des individualités morbides distinctes de toute autre, elles-mêmes sont loin d'offrir entre elles, sous ce rapport, une similitude complète. De plus, le cancer et le tubercule sont susceptibles d'attaquer tous

les tissus, et ils sont presque toujours l'expression symptomatique d'une altération des liquides. Enfin, si cette altération est suffisamment démontrée par l'extrême facilité avec laquelle l'une et l'autre lésions organiques, le cancer surtout, se reproduisent sur place ou ailleurs, après l'opération, elle est peu appréciable. Dans la maladie de Bright au contraire, la lésion organique a son siége immuable dans le rein, et l'analyse chimique a révélé une altération matérielle des liquides. Et si nous ajoutons que la même altération des liquides s'observe dans l'albuminurie en général, c'est-à-dire, avec des modifications du tissu rénal, d'une part, très-variables sous le rapport de la physionomie, de l'espèce, et du degré de gravité, mais constantes, d'autre part; nous sommes en droit de conclure, dès à présent, dans la maladie de Bright : 1° à une nature différente de celle du cancer et du tubercule; 2° à une prédisposition congéniale ou acquise, condition préalable d'invasion morbide, qui est commune, du reste, à toutes les maladies offrant un type spécial; 3° à une altération primitive du rein, du moins dans sa première expression pathologique ou période hypérémique; 4° enfin, à un rôle à part secondaire de la dégénérescence rénale, comme cause spécifique, dans l'apparition, mais non pas dans le développement ultérieur des symptômes caractéristiques.

Ces quatre points acquis à la question qui nous occupe en ce moment, poursuivons son examen.

L'altération des reins étant primitive à celle des liquides, il est vraisemblable, quoique cette double altération se manifeste d'emblée, et sans ordre apparent de succession, qu'il existe entre elles une relation de cause à effet. Pour l'établir, recherchons d'abord avec soin l'origine individuelle et l'évolution successive des phénomènes de l'albuminurie en général. Nous essaierons ensuite de faire la part de la dégénérescence rénale de la maladie de Bright dans la physionomie propre à cette dernière affection.

Deux faits nous frappent surtout dans l'albuminurie

avec ou sans hydropisie : 1° un état particulier du rein, très-différent selon l'occurence, mais constant, et entraînant un désordre fonctionnel de l'organe, comme l'atteste la composition anormale de l'urine; 2° une altération toujours identique des liquides. Si la lésion du tissu rénal, dans l'albuminurie, était elle-même toujours uniforme et homogène, on pourrait n'y voir qu'une simple manifestation locale de cette altération des liquides toujours la même ; mais il n'en est pas ainsi. Le rein est constamment modifié ou altéré, et il l'est très-diversement. Comment, dirons-nous encore, attribuer ces états si différents à une seule et même cause ? L'altération des reins, encore une fois, est donc primitive à celle des liquides (1).

Efforçons-nous maintenant de démontrer que, dans l'albuminurie, l'altération des liquides est la conséquence immédiate d'une lésion quelconque des reins, au lieu de n'être qu'un fait indépendant, quoique subséquent.

Et d'abord, comment une modification légère du rein peut-elle entraver ses fonctions ?

Nous avons déjà dit que l'albuminurie pouvait se produire, dans les conditions les plus élémentaires de l'anatomie pathologique des reins, et il est facile de le comprendre. La congestion rénale, par exemple, a son principal siége dans l'ogane sécréteur lui-même, les glandes de malpighi. Elle donne lieu au développement de ces

---

(1) Nous ne voulons pas par là contester l'action des liquides et du sang, en particulier, sur les reins, dans la maladie de Bright. Le sang, profondément altéré, imprime, sans doute, un mouvement accéléré au travail de la désorganisation rénale, d'une part, en lui fournissant incessamment l'élément albumineux qui subit toutes les transformations de la dégénérescence caractéristique, et, d'autre part, en agissant sur le rein comme il agit en même temps sur certains organes, de la manière la plus manifeste : nous voulons parler des complications de cette maladie.

glandes, à leur refoulement réciproque, ainsi qu'à la compression de leurs vaisseaux. De là, un trouble dans la fonction, une sécrétion viciée, et l'on doit même être surpris que, dans les observations de désorganisation complète des glandes, de leurs vaisseaux et du tissu ambiant, les fonctions du rein n'aient pas été totalement suspendues. Nous croyons qu'alors l'émission des urines doit être attribuée à un mécanisme particulier de l'organe.

Cependant, la modification légère du rein paraîtrait-elle insuffisante pour l'intelligence de ce désordre fonctionnel, et faut-il donc faire intervenir dans cette opération irrégulière les effets directs et nécessaires d'un principe morbide ?

Nous pensons que, dans l'albuminurie qui traverse les maladies constituées par une altération primitive et peu appréciable du sang, qu'il ne faut pas confondre avec l'altération propre à l'albuminurie, le sang détermine une congestion rénale, active ou passive, analogue à l'engorgement de la rate dans la fièvre typhoïde. Il y a donc ici, comme fait antérieur à l'albuminurie, une modification sensible du tissu rénal et rien de plus. A plus forte raison, en est-il de même dans l'albuminurie, placée sous la dépendance médiate ou immédiate de la grossesse, des maladies du cœur, des poumons, du foie et de la néphrite, où l'intervention d'un autre agent qu'une congestion ou une induration simple rénale, n'est pas admissible un seul instant (1).

Du reste, les expériences de M. Robinson (2) confirment cette explication. Il a toujours obtenu une urine coagulable, après la ligature des veines émulgentes. Or,

---

(1) De plus, dans l'anémie compliquant les affections chroniques du cœur, des poumons et du foie, avec urine coagulable, le sang très-appauvri agit peut-être sur le rein de la même manière que dans la fièvre typhoïde, et il y aurait lieu, dans l'espèce, de tenir compte de ce nouvel élément de production albuminurique.

(2) M. Robinson. — The lancet, 1849.

cette ligature produisait une congestion du rein par cause mécanique, comme la grossesse.

Nous citerons encore, à l'appui de notre opinion, une observation très-curieuse d'albuminurie, publiée par M. Delaruelle (1). Il s'agit d'une femme atteinte, dans le cours d'une pleurésie, d'une phlébite des veines rénales ayant son point de départ dans les veines iliaques dont la réunion avait lieu au niveau des veines émulgentes. Cette phlébite était caractérisée par un caillot fibrineux qui oblitérait les veines émulgentes. Les urines étaient fortement coagulables.

Est-il besoin d'ajouter que, si l'hypérémie rénale peut provoquer un désordre fonctionnel du rein, qui donne lieu à urine coagulable, la dégénérescence rénale de la maladie de Bright est susceptible à fortiori de produire le même résultat. Comment le rein laisse-t-il s'échapper une partie de l'albumine et retient-il l'autre qu'il s'assimile, tandis qu'il repousse l'urée? Il y a là une inconnue, un phénomène vital qui nous échappe.

Enfin, comment une simple modification ou une lésion organique du rein, détermine-t-elle l'altération des liquides observés en pareil cas? Nous savons que, dans l'albuminurie, le sang contient de l'urée et moins de globules, que l'urine renferme une proportion notable d'albumine, et que l'hydropisie est à peu près constante.

M. Dumas (2) a constaté chez des animaux la présence de l'urée dans le sang, après l'extirpation des reins. Il résulte de ce fait, que l'urée existe primitivement dans le sang, et que le rôle du rein, en ce qui concerne cet élément, est de l'éliminer de l'économie. L'illustre chimiste ne s'est pas borné à démontrer ce fait, et, remontant

---

(1) M. Delaruelle. — Observation d'albuminurie dans un cas de phlébite des veines émulgentes. (Bulletin de la Société anatomique, 1846.)

(2) M. Dumas. — Traité de chimie appliquée aux arts, tome 8, 1846.

à l'origine de l'urée, il nous fait assister à sa mystérieuse formation. Voici en quelques mots sa théorie : Une opération analogue à la combustion s'accomplit sans relâche dans les capillaires. L'oxygène du sang artériel consume dans cet ordre de vaisseaux les tissus usés par le jeu des organes, et désormais sans utilité pour la vie. Le carbone et l'hydrogène se combinent : 1° avec de l'oxygène pour composer de l'acide carbonique et de l'eau, qui s'exhalent par les poumons ; 2° avec l'azote pour composer du cyanogène et de l'ammoniaque. Le cyanogène s'unit à de l'oxigène, et se transforme en acide cyanique, qui se combine avec l'ammoniaque, en donnant lieu à un cyanate d'ammoniaque ou urée, que les reins séparent aussitôt de la masse du sang, et expulsent au dehors. (Nous complèterons cette théorie, en disant que les poumons rejettent de l'azote.)

Supposons, maintenant, une certaine manière d'être de la substance rénale ; il est possible, alors, que le rein se laisse traverser, en quelque sorte comme un filtre, par l'élément le plus simple et le plus abondant du fluide sanguin, l'eau, chargée, dans l'espèce, d'albumine réduite à un état particulier de dissolution, et s'oppose, en partie du moins, à l'élimination de l'urée et des urates, dont la séparation préalable du sang est l'effet d'une action spéciale de l'organe sécréteur de l'urine. Nous venons de parler d'albumine modifiée, nous y reviendrons tout-à-l'heure. Les reins altérés ou modifiés seulement dans leur texture, interceptent le cours ordinaire de l'urée. Mais que devient cet élément destiné à être rejeté de l'économie, et retenu dans la circulation malgré les tendances de l'organisme ?

Appliquerons-nous ici la théorie de MM. Bernard et Barreswil (1) sur les voies d'élimination de l'urée, après l'extirpation des reins ? Dirons-nous que le sang des albu-

(1) MM. Bernard et Barreswil. — Sur les voies d'élimination de l'Urée après l'extirpation des reins. (Archives générales, 1847.)

minuriques ne contient de l'urée qu'à la période ultime de l'albuminurie, lorsque le malade, tombé dans un épuisement extrême, ne conserve plus assez de vitalité pour l'exercice de l'élimination de cet agent à travers les organes gastro-intestinaux, qui sont considérés par les savants physiologistes comme solidaires des organes urinaires? Evidemment non, car on constate la présence de l'urée dans le sang des albuminuriques dès le début de la maladie. Ensuite, l'opération de la néphrotomie et ses conséquences physiologiques immédiates, doivent apporter une perturbation profonde dans l'économie, dont le résultat définitif est de refouler vers leur source, pour me servir de l'expression pittoresque de MM. Bernard et Berreswil, les produits non assimilés introduits dans le sang par les organes gastro-intestinaux. La réaction organique qui préside à ce mode d'expulsion de l'urée ne peut donc être comparée qu'à une crise violente, tandis que, dans l'albuminurie, la sécrétion urinaire et l'élimination de l'urée n'offrant qu'une diminution graduelle, l'économie s'habitue en quelque sorte, mais non sans préjudice, à la présence de l'urée dans le fluide sanguin, et elle n'éprouve pas le besoin de réagir contre cet agent, avec la même énergie que dans la néphrotomie. Mais il est possible, par exemple, que, dans le degré le plus avancé de l'albuminurie, une portion de l'urée accumulée dans le sang trouve une émanation supplémentaire dans les organes gastro-intestinaux. Ce fait toutefois n'a pas encore été démontré, et les expériences de MM. Bernard et Barreswil ne sont même pas favorables à cette hypothèse, puisqu'ils ont constaté, avec les progrès de l'affaiblissement des animaux néphrotomisés, la diminution et, enfin, la suspension de l'élimination de l'urée, du côté du tube digestif.

Quoi qu'il en soit, l'urée existe dans le sang dès l'apparition de l'albumine dans les urines. Ces deux faits sont en quelque sorte simultanés, et rien ne prouve jusqu'ici que l'urée s'échappe, à un moment donné, par la surface intestinale.

Quel rôle joue cet élément insolite dans la circulation?

Hünefeld (1) prétend que l'urée attaque les globules sanguins. Sans reconnaître avec le savant chimiste allemand que l'urée en nature soit douée de cette propriété, ne peut-on pas admettre, comme une hypothèse vraisemblable, que, dans le sang saturé d'urée des albuminuriques, une portion de cet élément se décompose, par l'effet d'une réaction chimique, soit dans le système capillaire, c'est-à-dire, dans l'acte de combustion organique, soit dans l'ensemble du système circulatoire, et dégage ainsi de l'ammoniaque, qui a bien la propriété de dissoudre les globules du sang.

D'après les expériences récentes de MM. Viale et Latini (2), les poumons n'exhaleraient pas d'azote ni d'acide carbonique purs, mais de l'ammoniaque combiné avec l'acide carbonique, à l'état de sous-carbonate d'ammoniaque. Cette nouvelle loi de chimie organique viendrait à l'appui de notre hypothèse. Dans les conditions ordinaires de la vie, l'ammoniaque physiologique et l'acide carbonique, en circulation avec le sang, s'y trouveraient en proportions exactes pour donner lieu à un sous-carbonate d'ammoniaque, qui est considéré lui-même, il est vrai, comme un dissolvant des globules sanguins, mais d'un ordre très-inférieur à l'ammoniaque. Dans l'albuminurie, la décomposition de l'urée fournirait naturellement un excès d'ammoniaque libre, qui attaquerait les globules sanguins.

M. Rees (3), médecin anglais, attribue à une autre cause la diminution des globules sanguins. « Les globules sanguins, dit-il, empruntent leurs éléments au chyle, dont la densité est moindre que celle du sérum et du liquide contenu dans les globules. Par conséquent, d'après les lois de l'endosmôse, le chyle, à son entrée dans le système

(1) M. Hünefeld, — De Chemismus in der Thierischen organisation.

(2) MM. Viale et Latini. — (Gazette médicale, 1854.)

(3) M. Rees, — (Edinburgh médical an Surgical. (Journal.)

veineux, fournit plus au sang qu'il n'en reçoit. Le contraire arrive quand, par suite de la diminution du sérum, la pesanteur spécifique des deux liquides se rapproche. »

Mais, objecterons-nous à M. Rees, l'une des causes, sinon la seule, de la diminution de la pesenteur spécifique du sérum, doit être le passage de l'albumine, partie intégrante du sérum, dans les urines. Or, la dissolution intime de l'albumine, qui est la condition indispensable de son écoulement extra-vasculaire, paraît être subordonnée directement, comme nous le verrons plus loin, à la diminution des globules sanguins.

L'opinion du médecin anglais repose donc sur une succession de faits qui n'existe pas, à savoir : 1° la diminution de la pesanteur spécifique du sérum ; 2° la diminution des globules sanguins. Tout au plus, cette opinion est-elle vraie, d'une manière relative, dans ce sens que la diminution de la densité spécifique du sérum contribue secondairement, et dans une certaine mesure, à la diminution des globules sanguins. En effet, dans les conditions que nous venons de déterminer, l'endosmose des globules, phénomène normal et explicable, que l'on considère le globule comme une vésicule composée d'une enveloppe albumineuse colorée et remplie d'une matière semi-liquide, ou comme une petite masse de matière organique spongieuse et, par conséquent, susceptible de se gonfler, l'endosmose serait suspendue par suite de l'équilibre qui s'établirait entre les globules sanguins et leur fluide nourricier, et d'où résulteraient l'atrophie et finalement la diminution numérique des globules.

Relativement au passage de l'albumine dans l'urine des albuminuriques, M. Robin (1) a proposé l'explication suivante : « Les matières albumineuses sont brûlées dans le sang, et l'urée, résidu azoté de la combustion, est éliminé par

(1) M. Robin. — (Mémoire sur les Causes du passage de l'Albumine dans les Urines, 1851.)

les urines. Or, si les matières albumineuses viennent à subir une quantité de combustion notablement moindre qu'à l'état normal, l'albumine doit passer en nature par les urines au lieu d'être éliminé à l'état d'urée. Aussi constate-t-on l'albuminurie dans certains états pathologiques et même physiologiques qui entravent directement ou indirectement la respiration, et diminuent l'hématose, source de combustion, — les maladies du cœur et des poumons, l'hydropisie, la grossesse. — On observe encore l'albuminurie dans la classe des lésions nerveuses qui déterminent un abaissement de la température, et par là, une diminution notable de la combustion, ainsi que dans les refroidissements extérieurs, qui agissent de la même manière. »

Mais cette théorie, qui rendrait bien compte de l'albuminurie se produisant dans les conditions énoncées par l'auteur, n'est pas applicable à l'albuminurie la plus fréquente, celle qui dépend de lésions rénales sans hydropisie et sans grossesse préalables, et exemptes de complications antérieures du côté du cœur et des poumons. Enfin, la théorie de M. Robin fût-elle complète, n'aurait encore qu'une valeur limitée au seul fait du passage de l'albumine dans les urines, puisque cette explication du phénomène dont il s'agit, ne jette aucune lumière, au point de vue de l'enchaînement des causes et des effets, sur les phénomènes concomitants, à savoir, la présence de l'urée dans le sang, la diminution des globules sanguins, et l'hydropisie. Aussi, lui préférons-nous l'explication de M. Mialhe (1) qui du moins a le mérite de pouvoir s'appliquer au passage de l'albumine dans les urines, dans tous les cas d'albuminurie, et de rattacher ce fait aux phénomènes co-existants.

Suivant M. Mialhe, dans l'albuminurie, l'albumine n'a pas seulement diminué comme élément du sang, mais

(1) M. Mialhe. — Mémoire inédit. (Cours de physiologie de M. Béraud, tome 3.)

elle est encore transformée, et son passage dans les urines est le résultat de cette modification. L'albumine physiologique, composée de globules invisibles, est insoluble dans ce sens qu'elle circule dans le système vasculaire en contact avec des membranes imperméables à ses globules. Elle doit ce caractère à un certain degré de concentration. Mais, si cet équilibre est rompu par la diminution des globules sanguins, ce qui arrive dans l'albuminurie, l'albumine globulaire, désagrégée par l'eau du plasma ou sérum du sang en circulation, relativement en excès, traverse ses vaisseaux conducteurs et s'échappe avec les urines. C'est peut-être aussi l'origine des globules sanguins suspendus dans l'urine des albuminuriques, car ces globules sanguins sont également attaqués par l'eau. Ce qui prouve enfin que l'albumine, en pareil cas, n'est pas de l'albumine normale, c'est qu'au bout de 3 heures de digestion dans de l'eau acidulée, l'albumine du sang d'un homme sain et l'albumine extraite de l'urine ne se comportent pas de la même manière : l'albumine de l'urine est seule dissoute.

Cette théorie est très-ingénieuse et très-séduisante; elle soulève toutefois deux observations critiques.

1° Si l'émission d'une urine coagulable est la conséquence naturelle et immédiate de la dissolution de l'albumine qui, dans cet état, aurait la propriété de s'échapper à travers les parois des vaisseaux sanguins, la présence simultanée de l'albumine dans les épanchements séreux, reconnaissant la même cause, cet élément devrait se rencontrer, en proportion égale, dans le liquide urinaire et dans les collections séreuses, ce qui n'a pas lieu.

Il faut peut-être tenir compte ici des communications particulièrement faciles et nombreuses qui existent entre les appareils circulatoire et sécréteur du rein. On sait, en effet, que l'injection la plus grossière poussée par l'artère ou la veine rénale revient par l'uretère. Il serait donc possible que, tandis qu'il s'opère dans l'hydropisie albuminurique, une simple transsudation albumineuse extra-vas-

culaire, il y eût, dans l'urine coagulable, passage en quelque sorte direct de l'albumine des capillaires libres du rein dans les vaisseaux urinifères.

2° Si, par le simple fait de la diminution des globules sanguins, l'albumine, modifiée par l'eau, transsude à travers ses membranes naturelles et les reins, les réactifs devraient constater son existence dans l'urine des chloro-anémiques dont le sang se rapproche, sous le rapport de la diminution absolue des globules, de celui des albuminuriques, et cependant l'albuminurie est un fait rare dans la chlorose. Il y aurait donc autre chose dans l'albuminurie qu'une différence en moins de globules sanguins déterminée par une cause appréciable ou hypothétique, et une différence en plus du plasma qui produirait la dissolution de l'albumine?

Une dernière question se présente. Comment l'hydropisie se forme-t-elle dans l'albuminurie?

L'albuminurie compliquée d'hydropisie est un fait à peu près constant. Elle précède toujours la suffusion séreuse, et si, dans quelques cas exceptionnels, l'ordre normal de succession est interverti, la priorité de l'épanchement se rattache à une cause particulière, antérieure à la lésion rénale et facile à dégager le plus souvent : une maladie du cœur, des poumons ou du foie, une tumeur quelconque qui comprime les vaisseaux ou un état de cachexie syphilitique ou scorbutique. Enfin, l'hydropisie coïncidante diminue, si l'urine contient moins d'albumine; elle augmente lorsque l'urine fournit une plus grande proportion d'albumine, et elle disparaît quand l'urine cesse d'être coagulable. D'un autre côté, le sang des albuminuriques est très-appauvri. Concluons donc que les épanchements séreux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright résultent de l'altération du sang qui suit immédiatement la suspension de la sécrétion physiologique de l'urine, et doivent rentrer, par conséquent, dans la classe des hydropisies par anémie.

Toutefois, l'ascite, qui reconnaît une cause indépendante de l'albuminurie, peut contribuer mécaniquement

(nous l'avons déjà dit) au développement ou seulement à l'entretien de l'albuminurie, selon qu'elle lui est antérieure ou postérieure.

En résumé, l'albuminurie proprement dite, que nous distinguons ainsi de l'albuminurie fugitive qui se produit sous l'influence d'une cause instantanée, co-existe avec un état particulier de la substance rénale. Les résultats généraux de l'observation cadavérique établissent cette coïncidence, et l'analogie nous permet de rattacher les exceptions à la règle, en nous conduisant à admettre ici l'existence d'une congestion rénale au premier degré, qui s'est effacée avec la vie.

Toute altération ou même toute modification matérielle du rein, permanente ou fugace, est susceptible d'occasionner, si elle ne le produit pas nécessairement (1), un trouble fonctionnel de cet organe, durable ou passager, qui se traduit d'abord par la présence de l'urée dans le sang, la diminution des globules sanguins et leur urine coagulable. Le rein, comme paralysé dans cette condition

---

(1) Nous sommes disposé à croire que, de même que l'albuminurie se rattache nécessairement à une cause matérielle, fixe ou temporaire, ayant son siége dans le rein, toute lésion ou modification du tissu rénal doit engendrer nécessairement l'état albuminurique. La liaison étroite qui existe entre les deux phénomènes, pourrait être invoquée en faveur de cette action réciproque. Toutefois, l'expérimentation sur une large échelle pouvant seule trancher la question, nous citerons, à l'appui de notre opinion, les recherches statistiques de M. Finger (1), entreprises à un autre point de vue. Sur 600 malades dont le professeur allemand a examiné les urines sans distinction de maladies, 155 avaient des urines coagulables. Il est à regretter que l'essai des urines ne se fasse généralement que dans des conditions exceptionnelles qui fixent l'attention du praticien, l'anasarque par exemple. Les cas nombreux d'albuminurie liée à une simple modification du tissu rénal, et dont la durée est limitée à quelques jours seulement, doivent échapper presque tous à l'observation.

(1) M. Finger. — Recherches statistiques sur l'albuminurie qui n'est pas liée à une maladie du rein. (Prager Vierteljahrschrift, 1847.)

anatomique, sécrète bien encore ou plutôt suinte une faible quantité d'urines troubles et légères ; mais son action éliminatrice sur l'urée devient insensible, et cet élément, véritable résidu de l'oxydation des matières azotées dont la nature se débarrasse sous cette forme par la voie des urines, concentré dans la masse du sang, se décompose peut-être, en partie, par l'effet d'une réaction chimique, soit dans le système capillaire, c'est-à-dire dans l'acte de combustion organique, soit dans l'ensemble du système circulatoire, en donnant lieu à un dégagement d'ammoniaque qui désagrégerait une portion de globules sanguins. L'albumine, peut-être aussi, est attaquée à son tour par l'augmentation relative du sérum, résultant de la diminution des globules. L'albumine et les globules attaqués par l'eau, devenus solubles, s'écoulent avec les urines. D'un autre côté, la partie la plus fluide du sang, qui est profondément altéré chez les albuminuriques, transsude à travers les parois des vaisseaux, et se dépose, sous forme de collections séreuses, dans le tissu cellulaire et les cavités closes.

Dans l'hypérémie et l'inflammation franches du rein, les modifications matérielles qu'il subit, limitées souvent à une portion de l'organe, et se terminant presque toujours par résolution ; d'autre part, l'induration, quand elle est le mode de terminaison de la néphrite, consistant en une ou plusieurs petites plaques disséminées ; les accidents, dans le premier cas, disparaissent sans laisser de traces, et, dans le second cas, passent presque inaperçus, parce qu'ils sont très-incomplets.

Les altérations rénales constitutives de la maladie de Bright, essentiellement envahissantes et désorganisatrices, déterminent, au contraire, des désordres fonctionnels qui suivent une marche parallèle aux progrès des lésions. Enfin, dans l'état pathologique du rein le plus avancé, les phénomènes morbides, plus fortement accusés, engendrent eux-mêmes d'autres accidents qui complètent le tableau de la maladie. L'altération du sang, de plus en plus profonde, concourt alors au développement des phleg-

masies intercurrentes en affaiblissant les tissus organiques, et en accroissant ainsi leur susceptibilité.

Nous terminerons en formulant les propositions suivantes, qui découlent naturellement des considérations que nous avons présentées dans le cours de ce travail.

Les caractères essentiels de la maladie de Bright, sont : 1° une altération du rein sui generis, qui marche progressivement jusqu'à la destruction complète de l'organe ; 2° une altération continue et toujours croissante du mode physiologique des mutations organiques, se révélant par le phénomène complexe, d'une part, de la diminution des globules sanguins, de l'albumine dans le sang et de l'urée dans les urines; d'autre part, de la présence d'un certain nombre de globules désagrégés et d'albumine modifiée dans les urines, et de l'urée dans le sang.

Enfin, la maladie de Bright ne semble pas au-dessus des ressources de l'art, aussi longtemps qu'elle n'a pas franchi la période congestive, précédant l'évolution de l'élément spécifique, et pouvant être considérée comme un effet de la réaction du rein contre le principe morbide qui l'imprègne déjà. Au-delà de ce terme, la maladie s'avance, d'un pas plus ou moins rapide, vers un dénouement toujours fatal.

OBSERVATION d'empoisonnement par le savon arsenical de Bécœur; traitement par l'hydrate de magnésie; guérison; par M. PINCET, *pharmacien.*

Bien des méthodes ont été proposées pour l'embaumement et la conservation des objets d'histoire naturelle; ce n'est point ici le lieu de les exposer et d'en apprécier la

valeur, nous avons seulement pour but de faire connaître un fait d'empoisonnement par la substance toxique, qui fait la base du savon de Bécœur. Voici la composition de cette préparation, employée par les naturalistes pour la conservation des animaux empaillés :

Acide arsenieux.....	500	grammes.
Camphre.....	60	—
Chaux vive.....	10	—
Savon blanc.....	625	—
Eau.....	625	—

Un chien dévora, à l'insu de son maître, un oiseau qu'on venait de préparer avec ce savon arsenical ; on avait employé 30 grammes de savon, ce qui représente environ 8 grammes d'acide arsenieux. Depuis deux heures, l'animal était sous l'influence du poison, et paraissait souffrir beaucoup ; on vint à la pharmacie nous demander un contre-poison. Manquant d'hydrate de péroxyde de fer, il nous parut à propos de donner de l'hydrate de magnésie, suivant le conseil de M. Bussy.

Il n'y avait point eu encore de vomissements, lorqu'on commença l'administration de 250 grammes d'hydrate de magnésie délayée dans de l'eau. Après les premières doses, il y eut quelques vomituritions, qui cessèrent promptement. On continua l'administration du contre-poison, et, une heure après, survinrent de nombreuses évacuations alvines. Le chien, couché sur le côté, poussa des cris plaintifs pendant environ deux heures ; les trois jours qui suivirent, il fut triste et sans appétit, puis il finit par reprendre sa vivacité habituelle.

Pour nous procurer l'hydrate de magnésie, nous avons procédé d'après la formule suivante :

N° 1.	Sulfate de magnésie....	10	grammes.
	Eau.....	250	—
N° 2.	Potasse à l'alcool.....	5	grammes.
	Eau.....	100	—

F. S. A. Un précipité, filtrez et délayez.

L'efficacité de la magnésie, comme contre-poison de l'acide arsenieux, n'a point été admise d'une manière positive par Orfila. Voici comment il s'exprime dans ses éléments de chimie :

« La magnésie absorbe, en effet, l'acide arsenieux et » forme avec lui un sel insoluble dans l'eau ; mais, comme » cet effet est lent, et que, d'ailleurs, l'arsénite de ma- » gnésie finit par être vénéneux à mesure qu'il se dissout » dans les acides de l'estomac, il est préférable de favo- » riser, par le vomissement, l'expulsion du toxique ; cela » étant, on pourrait tirer parti de la magnésie comme » contre-poison, pourvu qu'elle fût administrée dans une » grande quantité d'eau tiède »

Dans son 1er volume de toxicologie, Orfila s'exprime d'une manière encore plus restrictive :

« M. Bussy a préconisé la magnésie, mais les observa- » tions qu'il a recueillies chez l'homme ne sont pas pro- » bantes, puisque, dans toutes, les individus ont vomi. » Or, qui oserait assurer que la guérison a été plutôt due » à l'action chimique de la magnésie qu'aux évacuations ? » C'est qu'en effet, l'arsénite de magnésie, quoique moins » vénéneux que l'acide arsenieux, l'est encore assez pour » tuer au bout d'un certain temps. »

On voit, par ces citations, que l'opinion du grand toxicologiste est peu favorable à l'emploi de la magnésie comme contre-poison de l'acide arsenieux. M. Bussy a établi, toutefois, que la magnésie pure, mais faiblement calcinée, peut absorber facilement l'acide arsenieux en dissolution, et former avec lui un composé insoluble même dans l'eau bouillante. Une observation recueillie par M. Lepage est venue depuis démontrer la vérité de ce fait et l'utilité du contre-poison magnésien.

M. le docteur d'Ardiége et M. Lepage furent requis pour donner des soins à un nommé Delamotte, qui avait pris 15 grammes de mort-aux-rats (acide arsenieux) délayée dans une certaine quantité d'eau. Ils lui administrèrent de la magnésie, et furent assez heureux pour le voir se rétablir promptement. Sous l'influence du lait de

magnésie, le malade avait vomi ; on recueillit les matières des vomissements pour les examiner. « On mit d'abord » sur un filtre toutes les matières vomies, qui consis- » taient en magnésie délayée dans un liquide à peine » odorant. Il passa un liquide transparent et de couleur » ambrée. On l'introduisit dans un appareil de Marsh » donnant du gaz hydrogène pur ; il fut impossible d'ob- » tenir la plus petite tache d'arsenic sur des soucoupes » de porcelaine que nous présentâmes à la flamme de » l'appareil. Aussitôt que nous eûmes mis, dans ce même » appareil, quelques parcelles du magna magnésien resté » sur le filtre, nous pûmes recueillir sur les soucoupes » de larges taches d'arsenic métallique. »

Ces faits et l'observation que nous avons rapportée nous conduisent à conclure que la magnésie pure, faiblement calcinée, peut absorber facilement l'acide arsenieux et former avec lui un composé insoluble même dans l'eau bouillante ; qu'à l'état gélatineux, elle l'absorbe plus promptement encore ; et qu'enfin, on ne peut mettre en doute l'efficacité de la magnésie nouvellement précipitée, comme contrepoison de l'acide arsenieux.

OBSERVATION d'un cas de carcinôme du pylore ; par M. Papin-Clergerie, *Médecin-suppléant des Hospices.*

Pierre Barré, marbrier, âgé de 56 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle 16, n° 4, le 5 septembre 1853. Amaigrissement très-prononcé, teint pâle et plombé par plaques, peau sèche ; langue salle, bouche mauvaise, pouls misérable et fréquent ; perte d'appétit, soif modérée. Ce malade est sujet, depuis 6 mois environ, à des rapports nidoreux ainsi qu'à des nausées et à des vomissements qui surviennent immédiatement après ses repas. Il éprouve,

depuis cette époque, des élancements au niveau de l'appendice xyphoïde. La percussion donne dans ce point une matité relative. Le foie et la rate ne paraissent pas s'écarter sensiblement de leurs dimensions et de leur position normales. Il n'existe pas de tumeur, ni de gargouillement à l'épigastre, ni de tympanite stomacale.

Des vomissements ont eu lieu avant la visite : les matières sont d'un brun-clair, et offrent la consistance d'une bouillie mal liée; leur quantité ne doit pas dépasser celle des aliments qui composaient le dernier repas. Constipation depuis 15 jours.

Nous diagnostiquons un carcinôme du cardia. Le caractère, l'ancienneté et le siége de la douleur, l'obscurité du son épigastrique, la coloration des matières vomies, les vomissements apparaissant avec régularité après chaque repas, la maigreur excessive du sujet, son teint pâle et livide par endroits, les rapports fétides et la constipation opiniâtre, accusaient une affection cancéreuse du ventricule. Il manquait bien à l'expression symptomatique de cette maladie le signalement de la tumeur caractéristique ; mais la matité relative en avait presque la valeur dans l'espèce. Quant à la précision du siége de la lésion, l'absence de gargouillement et de tympanite stomacals, les vomissements si rapprochés des repas, le point douloureux et mat, indiquaient plus particulièrement un carcinôme du cardia. On sait du reste que les tumeurs cancéreuses du cardia sont moins accessibles au toucher que celles du pylore, qui occupent un plan moins élevé et plus antérieur, et se rencontrent généralement au-dessus de l'ombilic ou près de la vésicule biliaire.

Le malade est soumis à une alimentation substantielle, sous la forme la plus légère. Bouillon de poulet, gruau, vermicelle et eau de seltz rougie. Tisanne de gomme. Poudre laxative, absorbante et calmante, et lavements de miel mercuriale. Sinapismes appliqués sur l'épigastre.

Les vomissements deviennent moins fréquents ; ils cessent même le 18; les nausées et les rapports per-

sistent. Le malade ne tarde pas à tomber dans un état de subdélirium et s'éteint le 23.

L'autopsie est faite le surlendemain. Dans l'intervalle, la poitrine a été ouverte avec précaution, par un élève, qui a pratiqué l'injection de l'aorte pour un concours. Nous remarquons d'abord que le diaphragme, au lieu de bomber dans la cavité thoracique, décrit une courbe en sens inverse. L'estomac remplit plus du tiers de l'abdomen; il se dirige comme une large bande de l'épigastre à l'ypogastre, en suivant une ligne légèrement oblique de gauche à droite. La première partie du duodénum, le pancréas, le foie et la rate, ont suivi le ventricule dans son déplacement : ils sont abaissés. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici, pour l'explication de ce fait, les rapports étroits qui existent, d'une part, entre le foie et la rate, et l'estomac, et d'autre part, entre le pancréas et le duodénum. Le pylore, qui occupe l'extrémité de la ligne représentée par le ventricule, et le duodénum sur une longueur de 5 centimètres, forment un boyau plein de 2 centimètres de diamètre. L'œsophage est tiraillé par le poids de l'estomac. Des fécès rares, et de la grosseur d'une noisette, sont disséminés dans les circonvolutions de l'intestin. Le péritoine n'est point altéré, et la coloration des organes digestifs ne présente rien de particulier. Le foie, coupé par tranches, n'a pas conservé l'aspect granuleux qui lui est propre. Sa substance est plus unie et plus ferme qu'à l'ordinaire, et sa couleur se rapproche de la nuance rouge-feu. L'injection ne l'a pénétré qu'imparfaitement, ainsi que le tissu de la rate et du pancréas, qui est sain, et dont la couleur est naturelle. L'estomac est incisé dans sa longueur; ses parois ne sont pas hypertrophiées. Il contient une énorme quantité de matières semblables à celles des vomissements. Le cardia est intact; mais le doigt introduit dans l'orifice, est comme étranglé. Cette disposition est accidentelle; elle résulte évidemment de la tension que fait subir à la partie supérieure du tube digestif le poids du ventricule surchargé. La muqueuse, sur le trajet de la grande courbure, est d'un blanc lacté, et soulevée inégale-

ment par de petites bulles d'air emprisonnées par groupes, et enchâssées dans une substance à demi-concrète et d'apparence albumineuse. Le pylore et le duodénum sont fendus longitudinalement. Le pylore et la portion du duodénum, qui y fait suite, sont convertis en un cordon squirrheux, percé d'un canal dont le calibre permet à peine le passage d'une sonde moyenne.

Cette observation nous a offert quelque intérêt au point de vue de l'anatomie pathologique, de la difficulté du diagnostic appliqué au siége précis des lésions carcinomateuses de l'estomac, et de la physiologie du vomissement.

Nous ne reviendrons pas sur la description anatomique des organes abdominaux, et il nous suffira de rappeler que les caractères généralement attribués par l'observation clinique au carcinôme du cardia, se trouvaient réunis ici sans mélange, c'est-à-dire sans manifestation d'un des symptômes également assignés à la dégénérescence du pylore, tels que la tumeur sous-ombilicale ou juxtà-vésiculaire, le gargouillement épigastrique, l'exagération du son stomacal, et l'apparition de vomissements assez éloignés des repas, et, cependant, le pylore était le siége de la lésion organique. Le déplacement remarquable de l'estomac expliquait bien la matité relative et la sensation douloureuse au niveau de l'appendice xyphoïde, l'absence de la tumeur caractéristique, du gargouillement épigastrique et de l'exagération du son stomacal; mais la singularité des vomissements, et leur cessation dans les derniers jours de la maladie, devaient reconnaître une autre cause.

Nous avons communiqué, l'année dernière, à la Section de Médecine, une observation de rupture de l'estomac, suivie d'une péritonite sur-aiguë, sans nausées, ni vomissements. En nous appuyant sur la physiologie moderne, nous avions rattaché l'absence de ces accidents à une paralysie traumatique du ventricule. Le diaphragme et les muscles abdominaux, disions-nous, sont reconnus aujourd'hui comme les seuls agents actifs du vomissement. Leur contraction simultanée a, pour effet, de comprimer brusquement l'estomac, tandis que celle des fibres longitudinales de

l'œsophage facilite l'expulsion des matières en élargissant l'orifice cardiaque; mais ces différents muscles se mettent en jeu sous l'influence du mouvement vermiculaire du ventricule, qui accompagne la nausée. Or, il est admis généralement que, lorsque le vomissement a son point de départ hors du ventricule, dans le péritoine, par exemple, l'impression est transmise d'abord au centre nerveux, puis à l'estomac par réflexion, en y faisant naître la nausée et la contraction obscure qui prépare et provoque le vomissement.

Cette théorie, toutefois, ne paraît pas applicable aux vomissements occasionnés par l'injection de l'émétique dans les veines.

Nous supposions donc que l'estomac, paralysé par une lésion mortelle, n'était plus susceptible de recevoir l'impression particulière qui y détermine la nausée et le mouvement vermiculaire. De là, l'absence des nausées et des vomissements au début et dans le cours de la péritonite. Ce phénomène particulier, ajoutions-nous, pouvait dépendre encore, dans une certaine mesure, de l'inertie du diaphragme et des muscles abdominaux repoussés avec force par une accumulation rapide et prodigieuse de liquides dans le péritoine.

L'observation actuelle confirmerait, maintenant, l'explication théorique du vomissement, dont le point de départ est dans le ventricule. Ici, l'impression se développait primitivement dans l'estomac, et y faisait naître la nausée et le mouvement vermiculaire, dont nous avons parlé déjà. Nous sommes disposés à admettre seulement qu'au début de la maladie, il s'écoulait entre les repas et les vomissements, un temps plus ou moins long, qui n'a pas été suffisamment apprécié par le malade, ou dont il n'a pas gardé le souvenir. A une époque ultérieure, l'estomac, d'une part, agrandi par le séjour permanent d'aliments et de gaz retenus dans sa cavité par le rétrécissement du pylore, mais non pas au point d'être dépourvu entièrement de sensibilité et d'élasticité fonctionnelles; d'autre part, le diaphragme et l'œsophage conservant encore une partie de leur action

musculaire, malgré le tiraillement que leur faisait éprouver le poids de l'estomac, toute addition d'aliments, en comblant la mesure physiologique de cet organe, devait avoir pour résultat immédiat de provoquer la nausée et le vomissement ou plutôt la régurgitation, car le ventricule ne se débarrassait que de la couche du bol alimentaire qui dépassait le niveau de sa capacité fonctionnelle. Mais la contractilité musculaire, condition essentielle du mouvement initial et précurseur du vomissement, devait s'éteindre, à un moment donné, dans un organe énormément distendu par les matières qui s'y accumulaient sans issue, et flottant, en quelque sorte, dans la cavité péritonéale. Dès lors, les vomissements ont dû cesser de se produire, et les nausées seules ont persisté. D'un autre côté, l'œsophage et le diaphragme, qui coopèrent au vomissement, allongés par une traction continue et progressive, ne pouvaient pas conserver eux-mêmes la propriété de se contracter avec le degré d'énergie nécessaire pour l'accomplissement de ce phénomène.

Nantes, Imp. de Mme Ve C. Mellinet. — 2792.

Des Observations A 40 mètres, à peu près, au-dessus des

MOIS.	B 7 H. M	PLUIE TOMBÉE SUR LA PLATE-FORME.	PHASES DE LA LUNE.
JANVIER. . . .	H Moyenn Moyenn Plus gr Moindr Variati	0 mèt. 069 mill.	P. Q. le 6, à 5 h. 57' m P. L. le 14, à 9 h. 20' m D. Q. le 22, à 1 h. 32' m N. L. le 28, à 5 h. 21' s.
FÉVRIER. . . .	Moyenn Moyenn Plus gr Moindr Variati	0 mèt. 015 mill.	P. Q. le 4, à 10 h. 46' s. P. L. le 13, à 5 h. 6' m. D. Q. le 20, à 10 h. 55' m. N. L. le 27, à 4 h. 46' m.
MARS.	Moyenn Moyenn Plus gr Moindr Variati	0 mèt. 008 mill.	P. Q. le 6, à 7 h. 19' s. P. L. le 14, à 6 h. 2' s. D. Q. le 21, à 6 h. 11' s. N. L. le 28, à 5 h 1' s.
AVRIL.	Moyenn Moyenn Plus gr Moindr Variati	0 mèt. 030 mill.	P. Q. le 5, à 3 h. 32' s. P. L. le 13, à 6 h. 6' m. D. Q. le 20, à 0 h. 23' m. N. L. le 27, à 6 h. 23' m.
MAI.	Moyenn Moyenn Plus gr Moindr Variati	0 mèt. 045 mill.	P. Q. le 5, à 9 h. 39' m. P. L. le 12, à 3 h. 46' s. D. Q. le 19, à 6 h. 42' m. N. L. le 26, à 8 h. 56' s.
JUIN.	Moyenn Moyenn Plus gr Moindr Variati	0 mèt. 058 mill.	P. Q. le 4, à 0 h. 50' m. P. L. le 10, à 11 h. 40' s. D. Q. le 17, à 2 h. 23' s. N. L. le 25, à 0 h. 11' s.

t au-dessus du sol, et 40 mètres, à peu près, au-dessus des
ETTE AINÉ, *à Nantes.*

B 1854.

ECTION S VENTS.		ÉTAT DU CIEL.		PLUIE TOMBÉE SUR LA PLATE-FORME.	PHASES DE LA LUNE
N.	4	Beaux jours	27		
. E.	2	Couvert	4		
Est	2	Pluie	11		
. E.	1	Gelée	0		P. Q. le 3, à 1 h. 1' s.
Sud	4	Brouillard	5	0 mèt. 009 mill.	P. L. le 10, à 6 h. 34' m.
. O.	3	Vent	24		D. Q. le 17, à 0 h. 34' m
O.	11	Grêle	0		N. L. le 25, à 3 h. 25' m.
. O.	4	Neige	0		
		Tonnerre	0		
N.	5	Beaux jours	30		
. E.	4	Couvert	1		
Est	4	Pluie	5		P. Q. le 1, à 10 h. 37' s.
. E.	2	Gelée	0		P. L. le 8, à 1 h. 27' s.
Sud	2	Brouillard	10	0 mèt. 011 mill.	D. Q. le 15, à 1 h. 59' s.
. O.	2	Vent	21		N. L. le 23, à 6 h. 10' s.
O.	7	Grêle	0		D. Q. le 31, à 6 h. 16' m.
. O.	5	Neige	0		
		Tonnerre	2		
N.	3	Beaux jours	29		
. E.	5	Couvert	1		
Est	10	Pluie	3		
. E.	2	Gelée	0		P. L. le 6, à 9 h. 27' s.
Sud	3	Brouillard	9	0 mèt. 004 mill.	D. Q. le 14, à 6 h. 40' m
. O.	2	Vent	24		N. L. le 22, à 8 h 12' m.
O.	4	Grêle	0		P. Q. le 29, à 0 h. 47' s.
. O.	1	Neige	0		
		Tonnerre	0		
N.	3	Beaux jours	23		
. E.	2	Couvert	8		
Est	3	Pluie	13		
. E.	1	Gelée	0		P. L. le 6, à 7 h. 46' m.
Sud	8	Brouillard	23	0 mèt. 106 mill.	D. Q. le 14, à 1 h. 50' m.
. O.	5	Vent	18		N. L. le 21, à 9 h. 34' s.
O.	9	Grêle	1		P. Q. le 28, à 7 h. 12' s.
. O.	2	Neige	0		
		Tonnerre	2		
N.	7	Beaux jours	15		
. E.	4	Couvert	15		
Est	4	Pluie	16		
. E.	2	Gelée	6		P. L. le 4, à 9 h. 11' s.
Sud	2	Brouillard	2[illegible]	0 mèt. 083 mill.	D. Q. le 12, à 10 h. 18' s.
. O.	2	Vent	15		N. L. le 20, à 10 h. 11' m.
O.	7	Grêle	1		P. Q. le 27, à 2 h. 49' m.
. O.	2	Neige	0		
		Tonnerre	0		
N.	5	Beaux jours	18		
. E.	2	Couvert	13		
Est	2	Pluie	16		
. E.	1	Gelée	6		P. L. le 4, à 1 h. 44' s.
Sud	1	Brouillard	27	0 mèt. 031 mill.	D. Q. le 12, à 6 h. 20' s.
. O.	2	Vent	18		N. L. le 19, à 9 h. 56' s.
O.	14	Grêle	0		P. Q. le 26, à 0 h. 47' s.
N. O.	4	Neige	0		
		Tonnerre	0		

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE.

BULLETIN DES SÉANCES.

Séance du 16 mars 1855.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Après l'appel nominal, la Section procède à l'élection d'un Trésorier, en remplacement de M. Ménard, qui remplissait ces fonctions, depuis plusieurs années, avec

un zèle remarquable, et qui a succombé, encore plein de vigueur, à la suite d'une courte maladie.

M. Moriceau obtient la majorité absolue des voix; il est en conséquence proclamé, par M. le Président, Trésorier de la Section de Médecine.

M. Moriceau faisant partie précédemment du comité d'administration, il y a lieu de pourvoir à son remplacement dans ce comité; une autre place étant devenue vacante dans le même comité, par la retraite de M. Saillant, la Section procède de suite à cette double élection.

MM. Maguéro et Lequerré obtiennent la majorité des suffrages, et sont en conséquence proclamés, par M. le Président, membres du comité d'administration de la Section de Médecine.

Le reste de la séance est consacré à la démonstration de pièces d'anatomie clastique, par M. le docteur Lemercier.

A 8 heures moins un quart, la séance est levée.

Séance du 13 *avril* 1855.

PRÉSIDENCE DE M. MABIT.

En l'absence du Président et du Vice-Président, M. Mabit, le plus ancien des membres présents, dans l'ordre de date du diplôme, est appelé à présider la séance, en vertu de l'article 45 du règlement.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Secrétaire a reçu une lettre de M. Beaupoil, médecin à Ingrandes (Indre-et-Loire), qui demande à la Section le titre de membre correspondant, et lui envoie, à l'appui de sa candidature, deux brochures intitulées: l'une, *de l'entéropathie métallique;* l'autre, *de l'intermittence composée.*

Cette demande sera transmise au Président de la Société Académique.

La Section a reçu, en outre, les ouvrages suivants :

1° *Du Goître endémique* dans le département de la Seine-Inférieure, et de l'étiologie de cette maladie, par le docteur Vingtrinier ;

2° Bulletin de la Société de Médecine de Besançon, année 1853 ;

3° *Notice sur les eaux thermales de Néris*, par le docteur Richond des Brus ;

4° *Études de Psychologie médicale*, par le docteur Dumont, médecin de la maison centrale du Mont-Saint-Michel ;

5° Lettres à M. le professeur Rostan, sur l'*Hypochondrie*, par le même.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. le docteur Aubinais, pour la lecture d'un travail intitulé : *Quelques réflexions sur les fièvres périodiques pernicieuses, à l'occasion d'un accès de fièvre pernicieuse cholérique, lequel accès fut d'abord pris pour un cas grave de choléra* (1).

Après cette lecture, *M. Rouxeau* fait à la Section le récit d'un fait analogue. Il donnait des soins, avec un autre médecin, à une boulangère de la Grenouillère, qui leur paraissait affectée d'hépatite subaiguë. Ils avaient employé les émissions sanguines, les purgatifs et les révulsifs, sans obtenir la moindre amélioration ; la malade manifesta alors le désir de se faire traiter par un homœopathe. Ses premiers médecins durent en conséquence se retirer ; mais, quelques jours après, survint une nouvelle maladie, beaucoup plus grave que la première ; cette femme fut prise d'une attaque très-grave de choléra épidémique, et M. Rouxeau fut rappelé. Il trouva la malade dans l'état le plus alarmant : cyanose, crampes, vomissements incessants, pouls à peine perceptible, absence d'urine, etc. Le soir, le mal a fait de nouveaux progrès, le pouls ne se fait plus sentir. Le lendemain, un peu d'amélioration, le pouls peut être compté, la peau est recouverte d'une légère

(1) Voir plus loin, page 64.

moiteur ; la garde dit qu'elle a observé, la veille, une moiteur semblable. On commence alors l'administration de deux grammes de sulfate de quinine en lavements, à la dose de 50 centigrammes, d'heure en heure. Le soir, l'état si grave de la veille se reproduisit : le pouls devint de nouveau imperceptible, les battements du cœur ne présentaient à l'auscultation qu'une sorte de tressaillement irrégulier. On prescrivit l'administration de deux autres grammes de sulfate de quinine en lavements. Le lendemain, il y eut enfin une amélioration marquée ; on continua le sulfate de quinine plusieurs jours encore, à dose décroissante. La malade s'est complétement rétablie.

Une circonstance remarquable et qu'il est bon de noter, c'est que le cathétérisme pratiqué, chaque jour, sur cette femme, donna issue, chaque fois, à une certaine quantité d'urine évaluée à 500 grammes; il n'y eut donc point, chez elle, suppression complète de la sécrétion urinaire. Quelques jours après la cessation des accidents cholériques, la malade rendit une masse de matières fécales extrêmement considérable. Cette circonstance, dit M. Rouxeau, me porte à croire que nous nous étions trompés sur le diagnostic de l'affection primitive, et que nous n'avions point eu affaire à une hépatite subaiguë, mais simplement à un amas de matières stercorales.

Quant à l'affection cholériforme, qui est survenue ensuite, M. Rouxeau la considère comme une attaque de fièvre pernicieuse, dans laquelle l'administation du sulfate de quinine a eu les plus heureux résultats. Il fait remarquer, en outre, que si le médicament a eu cette action efficace, c'est qu'il a été absorbé, et que, par conséquent, on a émis une erreur quand on a dit que, dans le choléra, le tube digestif devenait un vase inerte, dépourvu de la faculté d'absorption.

M. Thibeaud a observé, avec M. Marchand, un cas de fièvre pernicieuse, analogue à celui de M. Aubinais. C'était pendant l'épidémie de choléra de 1832: l'intermittence fut bien évidente, car elle se manifesta en tierce; le sulfate de quinine fut administré, et le malade guérit. Ces cas

de fièvre pernicieuse ne sont point considérés, par M. Thibeaud, comme des cas de choléra, quoiqu'on les ait observés pendant le règne de cette maladie épidémique. Le choléra, dit-il, ne guérit point, malheureusement, sous l'influence du sulfate de quinine.

M. Hélie demande la parole. Il a entendu M. Aubinais prononcer son nom tout-à-l'heure ; il fut appelé, en effet, à donner des soins à la malade en question. Il la trouva assise dans un fauteuil. Les symptômes qu'elle présentait étaient ceux d'une cholérine très-légère ; il prescrivit quelques moyens de traitement peu actifs. Le lendemain, il apprit que des accidents plus graves étaient survenus et que d'autres médecins l'avaient remplacé.

M. Hélie ajoute qu'il ne partage pas les idées émises par M. Aubinais, sur l'application du principe : *Naturam morborum ostendunt curationes*. M. Aubinais a eu tort, suivant lui, de dire d'une manière générale, que toute affection grave, cholériforme, guérie par le sulfate de quinine, était une fièvre pernicieuse. Nous avons tous, dit M. Hélie, administré le sulfate de quinine dans certains cas de choléra, et nous avons pu voir les malades guérir ; mais, est-on fondé à dire pour cela que ces malades ont guéri parce qu'ils avaient pris du sulfate de quinine ? Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que la guérison a eu lieu pendant qu'on administrait ce médicament. On aurait tort évidemment d'attribuer, dans tous ces cas, au sel fébrifuge, les honneurs de la guérison ; et tort aussi, par conséquent, de conclure que tous ces malades étaient atteints de fièvre pernicieuse.

M. Hélie dit, en terminant, qu'il s'élève seulement ici, d'une manière générale, contre l'extension trop grande donnée par M. Aubinais à un principe de thérapeutique, qui n'est vrai que dans certaines limites ; que, d'ailleurs, il ne prétend faire aucune application de ce qu'il vient de dire au fait particulier contenu dans le mémoire de M. Aubinais.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Malherbe, pour la lecture d'un travail intitulé : *Oblitération des conduits*

biliaires, atrophie du foie, réflexions sur l'atrophie simple et sur l'atrophie symptomatique de ce viscère (1).

M. Malherbe lit ensuite une observation de pneumothorax, recueillie dans son service de l'Hôtel-Dieu, par M. Vallin, interne de cet hôpital (2).

Le Secrétaire,

L.-F. CHAMPENOIS.

QUELQUES RÉFLEXIONS sur les fièvres périodiques pernicieuses, à l'occasion d'un accès de fièvre pernicieuse cholérique, lequel accès fut d'abord pris pour un cas grave de choléra, par le docteur PITRE AUBINAIS, *président du jury de médecine de la Loire-Inférieure.*

On ne peut écrire sur la fièvre intermittente pernicieuse, sans se laisser guider par le savant ouvrage de Torti (Therapeutice specialis ad febres quasdam perniciosas, in-4°. Mutin. 1712). On ne peut, en effet, suivre un meilleur guide. C'est là qu'on rencontre les grandes et belles distinctions établies entre les fièvres (continues,

(1) Voir plus loin, page 82.

(2) Voir plus loin, page 98.

rémittentes, intermittentes). Pour justifier cet éloge, il suffira de citer les paroles empruntées au Compendium de médecine pratique. « Torti a fait sortir de l'obscurité l'histoire des fièvres pernicieuses, et formulé leur traitement avec une telle netteté et une telle certitude, qu'il n'a rien laissé à faire sur ce point à ses successeurs. Il a écrit, en outre, l'histoire du quinquina, d'une manière si complète et si médicale, qu'on peut encore le proposer pour modèle dans ce genre. »

Torti désigne chaque fièvre pernicieuse par son symptôme culminant. Il en distingue dix-huit variétés ou formes différentes, et sa description de chacune de ces formes est d'une telle exactitude et représente si fidèlement la nature, que dans les meilleurs ouvrages qui ont été écrits depuis, on ne peut en trouver de plus complète.

Au nombre de ces dix-huit formes ou variétés de la fièvre périodique pernicieuse, l'on trouve la forme algide (febris algida), la forme cholérique (febris cholerica). Ces deux formes peuvent se montrer réunies, et alors si l'on n'y porte attention, l'accès simule une violente attaque de choléra et entraîne un véritable danger.

Ceux qui désirent bien connaître cette forme de la fièvre à accès pernicieux, doivent l'étudier dans les ouvrages des médecins élevés à l'école de François Torti, qui ont exercé leur art dans les contrées méridionales, et, à ce sujet, je citerai *les études sur la fièvre pernicieuse*, publiées à Avignon, en 1842, par le docteur Gouraud (père), médecin de la succursale de l'Hôtel des Invalides, études qui sont le fruit de sa propre expérience, tant en Corse qu'en Algérie, et qui résument la pratique de plusieurs médecins qui ont habité les pays chauds ; de M. Antonini, médecin de l'hôpital du dey d'Alger ; du baron Michel, médecin principal de l'hôpital français, à Rome ; du docteur Roux, médecin en chef de l'armée française, en Morée (1829), etc., etc.

Plus on creuse les études cliniques des pyrétologistes, plus on se pénètre de l'opinion exprimée par Richard Morton (Richardi Morton, oper. med., t. 1. Pyretologiæ,

cap. 6-8, pag. 86-105, in-4° ; Lugd. 1737), et par Werlhof (observationes de febribus, præcipue intermittentibus, in-4° ; Hanov. 1732-1745), il y a déjà plus d'un siècle, à savoir que la fièvre intermittente constitue un véritable empoisonnement, dont la nature du poison est encore inconnu, et dont l'antidote est le quinquina.

Dans l'étude de cette fièvre et surtout dans le choix du traitement, lorsque le caractère insidieux de la fièvre est révélé par un symptôme dominant, on ne doit pas se laisser diriger par l'esprit de doctrine qui peut conduire à une nuisible hésitation. On doit ne pas perdre un instant de vue le précepte posé par Senac (de recondità febrium naturâ), que le plus grand danger consiste dans le retard que l'on apporte dans l'emploi du quinquina (majus est in morâ periculum quàm in cortice peruviano adhibendo), théorème qui a été mis de nouveau en lumière par Fodéré, lorsqu'il a écrit *dans ses leçons sur les épidémies*, tom. 2, pag. 231, les lignes suivantes :

« Lorsqu'il s'agit d'un accès de fièvre périodique pernicieuse, le praticien ne doit pas perdre un temps précieux à combattre les accidents qui ne sont que l'ombre de la maladie : ici, le principal emporte l'accessoire. Le quinquina doit être donné à forte dose et sans aucun retard. » Cette pratique, qui était celle de Torti, a été sanctionnée depuis par M. Bailly, de Blois, dans son *traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes* (in-8°, Paris, 1825) ; par M. Nepple, dans son *essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes* (in-8°, Paris, 1828) ; par M. Maillot, dans son *traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes* (in-8°, Paris, 1836). Tous ces auteurs, par une rigide observation de faits cliniques, ont éclairé certains points de l'histoire des fièvres périodiques, sans beaucoup s'éloigner de la pratique de Torti.

Aujourd'hui, tous les médecins doués d'un véritable talent d'observation imitent la conduite des praticiens qui se sont souvent trouvés aux prises, dans les pays chauds, avec le génie des fièvres périodiques de mauvais caractères ; ils donnent le quinquina *d'emblée* et *sans hésitation ;*

que le malade soit au début, au fort ou au déclin de l'accès, du moment qu'ils ont la crainte fondée que l'accès ne devienne mortel. Ainsi agissait Sandifort aux îles Barbades, Sarcone, à Naples.

Déjà Cléghorn (Observationes on the epidemical diseases of Minorqua), après avoir fait la médecine à Minorque pendant treize ans, avait senti la nécessité d'administrer le quinquina plus abondamment et plus promptement aux fébricitants de l'île espagnole qu'à ceux de l'Angleterre et des autres contrées septentrionales. Dans les cas où la fièvre paraissait menacer la vie, il n'était nullement retenu par le paroxysme; il donnait le quinquina sitôt son arrivée auprès du malade, dominé qu'il était par la pensée de Werlhof, *que la fièvre pernicieuse est un monstre qu'il faut étouffer dès sa naissance.*

Ce serait s'exposer à de cruels mécomptes si, ayant à combattre une fièvre dont l'accès peut tuer, on suivait à la lettre ce précepte posé par Richard Morton : « Denique ne cortex peruvianus nec aliud quodcumque febrifugium tempore paroxismi propinandum est, sed in intervallis. » Mais, si l'on se pénètre de la pensée de Morton, on voit qu'il n'entend point appliquer ce précepte à la fièvre qui, dès le premier ou le second accès, menace de tarir les sources de la vie.

On a reproché à Broussais d'avoir exposé ses élèves à une temporisation nuisible, en écrivant : « Qu'avant d'établir le traitement, il est nécessaire de connaître au juste la gravité de l'accès et l'état des organes dans la pyrexie. — Toutes les fois que, dans un accès pernicieux, dit-il, la réaction s'est bien opérée, il faut combattre immédiatement les accidents qui existent actuellement : ainsi, les symptômes de gastrite, d'arachnitis, etc., seront, sans aucun retard, attaqués, soit par la saignée, soit par les sangsues. »

Il est évident que Broussais n'a pas voulu, dans ce passage, poser un principe absolu, principe auquel il ne serait, en aucune circonstance, permis de déroger. Il laisse à la sagacité du médecin qui, en toute occasion,

ne relève que de la science et de sa conscience, le soin de prendre le parti qui lui semble le meilleur, et je me rappellerai toujours d'avoir vu ce profond observateur donner, pendant le paroxysme d'un second accès de fièvre pernicieuse (sous le type tierce), un gramme de sulfate de quinine, en exprimant la crainte que le malade ne survécût à cet accès.

Le reproche adressé à Broussais a également été adressé à Alibert qui, dans sa dissertation sur les fièvres pernicieuses ou ataxiques intermittentes, présentée et soutenue à l'École de Médecine de Paris, le 28 brumaire an VIII de la république française, a conseillé de faire une étude profonde des diverses phlegmasies qui accompagnent les fièvres de mauvais caractères, afin de combattre ces phlegmasies, qui souvent constituent la gravité de ces fièvres. On a dit qu'il avait trop perdu de vue le génie de la fièvre, qu'il en avait plutôt poursuivi l'ombre que le génie lui-même. Assurément, ce reproche n'est pas encore fondé. A la lecture de cette remarquable dissertation, et surtout des travaux que le médecin de l'hôpital Saint-Louis a publiés depuis sur les fièvres intermittentes pernicieuses, on voit qu'il est continuellement préoccupé d'arrêter la fièvre.

« Dans le traitement des fièvres ataxiques intermittentes, dit-il, à la page 199 de sa thèse, les indications sont de la plus grande évidence, et l'art y procède avec une certitude presque géométrique. La gravité des symptômes qui se manifestent repousse la méthode d'expectation, et le soin le plus pressant du médecin doit être de s'opposer au retour de l'accès. Aussi, Mercatus avait-il déjà entrevu la nécessité de se hâter dans leur traitement. « Celui, dit Leroy (du pronostic dans les maladies aiguës, page 81), qui, dans une fièvre intermittente maligne, négligeant l'usage du quinquina, s'attendrait à la voir se terminer par une crise, soit proprement dite, soit par voie de solution, celui-là serait évidemment téméraire et dépourvu de toute connaissance de cette maladie. » Les vues sages émises par Broussais et par Alibert ne sauraient, du reste, s'appliquer aux fièvres pernicieuses observées dans les pays

chauds, et s'il restait encore dans l'esprit des médecins nourris à l'école de ces illustres maîtres quelque tendance à la temporisation, ils font vite table rase des opinions qu'ils se sont formées lorsqu'ils étaient sur les bancs, pour suivre, en tous points, la pratique des hommes expérimentés. Pour se fortifier dans cette opinion, il leur suffit de méditer l'ouvrage de Lind, sur les maladies des Européens dans les pays chauds. Un médecin, qui a longtemps dirigé l'hôpital militaire d'Ajaccio, le docteur Thiou de la Chaume, a écrit :

« Si l'on ne brusque pas toutes les fièvres intermittentes pernicieuses par de fortes doses de quinquina, les malades peuvent périr avant le troisième accès, comme nous l'avons vu pendant notre séjour en Corse. » Ces citations, que je ne multiplierai pas, me conduisent naturellement à rechercher si, dans le département de la Loire-Inférieure, il n'est pas commun d'observer les fièvres à accès pernicieux, et si ces fièvres ne présentent pas, dans certaines circonstances, toute la gravité des fièvres des pays chauds. Ces recherches seraient assurément de la plus haute utilité, et notre Section de Médecine l'a compris, lorsque, dans son sein, il fut proposé de faire de cette question une question de concours pour le prix annuel que décerne notre Société Académique.

Les départements sont loin de posséder des travaux d'ensemble de géographie et de topographie qui établissent leur constitution médicale et fassent connaître les épidémies qui prennent leurs sources dans la nature du climat, du sol, etc., etc. Cependant, ces topographies, dressées par les praticiens des localités, seraient le document le plus propre à appeler l'attention du chef de l'État sur l'assainissement de ces localités malsaines. Il paraîtrait que des réclamations, basées sur des rapports médicaux qui établissaient combien la Sologne était décimée par des maladies endémiques, n'auraient pas peu contribué à décider le Gouvernement de l'Empereur à ordonner les grands travaux d'assainissement de cette contrée, jusque-là si délaissée. Qui ne connaît les études pyrétologiques de MM.

Nepple, Bailly, de Blois, Bretonneau, de Tours, Forget et Tourdes, de Strasbourg, et les recherches qui ont fait apprécier les fièvres intermittentes dans leurs rapports avec d'autres maladies. Les noms de MM. Andouard, Boudin, Maillot, rappellent ces belles recherches faites en France, comme en Algérie; et avec quel intérêt l'Académie de Médecine n'a-t-elle pas écouté, il n'y a que quelques années, le remarquable rapport qui lui fut lu sur les travaux de M. Chassinat, travaux qui avaient pour but la comparaison entre eux des cas de phthisie, de fièvre typhoïde et de fièvre intermittente dans les ports de Brest, Toulon, Rochefort.

Aucuns travaux, que je sache, de géographie médicale tendant à établir les constitutions épidémiques de notre département, et ici je veux parler de travaux d'ensemble, n'ont été tentés jusqu'à ce jour. C'est un fait regrettable, car, pour ne parler que des travaux relatifs à l'étude de la fièvre intermittente, combien cette fièvre ne trouve-t-elle pas de foyers qui la développent dans les dix-sept mille hectares de marais d'eau douce, les deux mille hectares de marais salants, et les cent mille hectares de landes que contient environ le département de la Loire-Inférieure. J'ai compris les landes comme terrains qui dégagent le miasme des fièvres périodiques, en tant seulement que ces landes sont en voie de défrichement, car tout remuement de terres incultes est toujours accompagné du dégagement de ce miasme, qui n'est pas seulement le propre des effluves marécageuses.

Tous les médecins qui exercent leur art parmi les populations qui avoisinent le lac de Grand-Lieu, le plus grand lac de France, les étangs de l'arrondissement de Châteaubriant, les marais d'eau douce et salée des arrondissements de Savenay et de Paimbœuf, ont pu observer avec soin toutes les formes que le génie des fièvres intermittentes sait revêtir, formes aussi variées que bizarres, et qui n'ont pas toutes été signalées par Torti. Si Dieu m'en donne le temps, j'achèverai, je l'espère, l'essai de topographie et de géologie médicale de l'arrondissement

de Paimbœuf. J'ai beaucoup de notes élaborées que je n'ai plus qu'à coordonner. Je connais cet arrondissement pour l'avoir parcouru jours et nuits dans toutes ses directions pendant quinze années, et je donnerai le tableau abrégé de toutes les fièvres qui m'ont paru offrir des accès, des accidents pernicieux. Je comparerai les fièvres, quant à leur degré de gravité, qui se montrent le long de cette longue zone circulaire de marais d'eau douce et salants qui s'étendent depuis la Loire au lac de Grand-Lieu, et de là à Machecoul, et de cette dernière ville jusqu'à la Bernerie, entre Bourgneuf-en-Retz et Pornic. Je parlerai aussi des fièvres des marais de Haute-Perche et de la Giguenais, et je comparerai, dis-je, toutes ces fièvres par miasme paludéen avec celles qui se développent dans l'intérieur des terres et sur des plateaux éloignés des effluves marécageuses ; et, de cette comparaison, il résultera que l'empoisonnement qui constitue la fièvre est d'autant plus redoutable, que les habitations sont plus rapprochées des marais. Il reste de belles études à faire sur cet empoisonnement paludéen. Ainsi, on a beaucoup écrit sur les accès de fièvre qui sont la manifestation de cet empoisonnement; mais il est un empoisonnement lent, qui ne se manifeste que tardivement par des accès à stades réguliers ; c'est une sorte de période d'incubation du miasme, pendant laquelle les organes vitaux éprouvent une commotion graduelle et générale, qui va bientôt déplacer successivement les forces motrices de la périphérie au centre, du centre à la périphérie du corps, et produire cette irritation nerveuse qui va agiter, avec un grand tumulte, ainsi que le disait Alibert, le système circulatoire, et congestionner la rate. Eh bien! cette période d'incubation du miasme paludéen n'a pas été étudiée avec assez de soin, et cependant cette étude est de la plus haute importance ; car, avant que la fièvre éclate, si le malade, dont l'économie est aux prises avec le miasme marécageux, vient à fuir vers un lieu élevé, loin du foyer de l'infection, quelques jours passés dans ce lieu salubre ont suffi souvent, avec le secours d'une tisane amère, telle que celle de petite cen-

taurée, pour faire avorter le miasme et en faire cesser la période d'imprégnation. Beaucoup de domestiques d'habitations situées au milieu des marais venaient me consulter pour épargner le prix d'une visite. Je leur épargnais, moi, la fièvre, alors qu'ils n'étaient que dans la période d'incubation, en leur conseillant de prendre une tisane amère, quelquefois un vomitif ou un purgatif, suivant l'indication, mais en leur enjoignant, et c'était là l'ancre de salut, de séjourner pendant un temps convenable à leur guérison, chez leurs parents, lorsque ceux-ci demeuraient loin des marais. Si c'en était ici le lieu, je blâmerais les hautes doses de sulfate de quinine que certains malades avaient le soin de prendre avec persévérance dans le but de se débarrasser de la fièvre, sans pouvoir souvent y réussir, au lieu de suivre le conseil que je leur donnais de fuir la localité où ils avaient gagné la fièvre. Chacun sait que c'est là le meilleur moyen de faire cesser les fièvres invétérées.

En disant qu'aucuns travaux importants n'ont été publiés dans ce département, à ma connaissance, sur les fièvres périodiques causées par les miasmes marécageux, il est bien entendu que j'ai voulu dire qu'aucuns travaux sérieux de géographie médicale n'avaient été livrés à l'impression, car les fièvres périodiques ont été étudiées par de bons observateurs qui nous ont fait connaître le fruit de leurs études, et, à ce sujet, j'éprouve un vrai plaisir à citer le nom de mon honorable ami, le docteur Marcé, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes. Il y a même à dire, pour être juste, qu'une conquête a été faite par les habiles médecins de cet hôpital. Ce sont eux qui paraissent avoir été les premiers à fixer l'attention de la science sur un signe qui semble appelé à dévoiler le caractère pernicieux de la fièvre intermittente ou rémittente. Je veux parler de la pâleur extrême de la langue, jointe à la laxité et au défaut de caloricité des tissus de cet organe. Il arrive que la langue se montre d'une pâleur telle qu'elle semble exsangue et d'une flaccidité de tissus qu'elle semble avoir macéré dans de l'eau, quand on a affaire à une fièvre qui va prendre le caractère pernicieux; mais j'observerai que

l'examen attentif de nombreux malades m'a appris qu'il n'y a pas que la langue qui soit décolorée d'une manière si caractéristique, toutes les muqueuses visibles à l'œil le sont : ainsi, la muqueuse labiale, la buccale, la conjonctive palpébrale et même le petit corps charnu, qui, placé dans l'angle interne de l'œil, porte le nom de caroncule lacrymale. Cette pâleur de la langue, sa largeur, la température basse et la flaccidité de cet organe, à tel point qu'il semble avoir séjourné dans l'eau pendant plusieurs heures, restent évidentes pendant tout le temps que dure la période pernicieuse ; mais sitôt que, sous l'action du sulfate de quinine ou de quinquina, le caractère insidieux de la fièvre tombe, la langue paraît moins décolorée, moins fanée, moins flétrie, elle devient aussi moins molasse et moins froide, et de jour en jour, à mesure que le danger s'éloigne, elle prend de l'animation. On a donné à cette décoloration toute remarquable de la langue, le nom de *couleur feuille morte*. Je ne suis pas assez versé dans la connaissance et l'appréciation des couleurs pour savoir si la *couleur feuille morte*, bien connue des ouvriers des Gobelins, donne bien l'idée de la décoloration de la langue dans la fièvre périodique pernicieuse, et rend bien la vérité. C'est une décoloration *sui generis*, qu'il faut avoir vue pour en avoir une idée bien nette. (Lingua propria.)

Je me hâte d'arriver à l'observation de fièvre pernicieuse cholérique qui a donné lieu à ce petit travail, et qui en constituera tout l'intérêt, si jamais il mérite quelque intérêt.

OBSERVATION.

Mme Albert, âgée de 60 ans, d'une constitution nerveuse, jouit d'une bonne santé. Elle ne se souvient pas d'avoir jamais été gravement malade. Elle éprouve brusquement de vifs chagrins, à Gand, par suite de la fermeture inattendue du théâtre, où sa demoiselle vient de débuter en qualité de première chanteuse. Elle a été aussi en proie, dans cette ville, à de cruelles émotions, à une frayeur continue causée par les ravages du choléra. Elle

n'a pourtant pas éprouvé de dérangements des voies digestives, à l'exception du jour de son départ pour Paris, où, pendant tout le voyage par le chemin de fer, elle a eu des coliques fort douloureuses. Pendant son séjour à Paris, qui est d'une semaine, les coliques ne cessent pas, quoique plus supportables; elles sont accompagnées de diarrhée, ce que la malade attribue à l'eau de la Seine; elle ne consulte point de médecin, elle ne fait emploi d'aucun calmant.

Elle arrive à Nantes, et après avoir pris l'air du théâtre, elle se préoccupe du sort qui attend les débuts de sa fille, préoccupation d'autant plus vive à mesure que le jour des débuts approche, qu'elle connaît la chute devant l'opinion publique du plus grand nombre des débutants. Devant cette contention d'esprit, elle sent ses nerfs s'agacer, elle cherche à les calmer ainsi que les coliques et la diarrhée qui continuent à la tourmenter, par des infusions de tilleul avec addition d'eau de fleurs d'oranger. Elle a remarqué depuis deux jours, que vers les trois heures du soir, elle est prise de froid aux pieds et aux mains, puis d'un état de malaise général, ensuite de chaleur à la peau, de douleurs de tête: elle éprouve alors l'envie de boire des boissons froides (elle croit bien avoir eu un peu de fièvre), et elle se décide à faire appeler un médecin, surtout pour calmer les coliques qui, loin de cesser, paraissent augmenter; il en est de même de la diarrhée. Notre honorable collègue, M. Hélie, voit la malade. Son état ne paraît offrir rien d'inquiétant; il se borne à lui donner quelques sages conseils, à lui prescrire un régime convenable et l'usage de calmants.

La malade ne passe pas mal la première moitié de la journée du 10 décembre; mais, vers trois heures après midi, elle est prise du frisson de la veille, accompagné d'un sentiment tel de courbature générale, de sidération des forces, qu'elle a à peine le courage de se déshabiller. Elle n'est pas montée au lit, qu'elle éprouve un froid glacial aux extrémités pelviennes et thoraciques d'abord, puis dans la région des reins: les dents claquent d'une manière fatiguante et le besoin de vomir se fait vite sentir. Au bout de quelques minutes, les vomissements sont in-

cessants, les coliques prennent une grande intensité; elles s'accompagnent de crampes dans les cuisses et surtout dans les mollets. Des évacuations alvines, d'une odeur fétide, se répètent tellement, qu'en moins de trois heures elle compte avoir été plus de vingt fois à la selle, et chaque garde-robe est précédée ou suivie de vomissements peu abondants de matières liquides d'une couleur porracée et d'une amertume prononcée. Cet état s'aggrave encore de crampes tellement douloureuses et tellement rapprochées, qu'elles arrachent à la patiente des cris perçants. En ma qualité de médecin du Théâtre, le Directeur me prie d'aller de suite voir la malade: il était alors 8 heures du soir.

Voici l'état de la malade:

La peau est froide comme du marbre, les mains sont légèrement cyanosées; il en est de même des pieds: les jambes sont rapprochées des cuisses et celles-ci du siége, par des crampes qui paraissent occasionner les plus horribles souffrances. La voix est cassée, presque éteinte; la langue est très-large, mollasse et tremblottante, elle est froide et recouverte d'un enduit verdâtre: j'ai le soin de la laver avec de l'eau froide, et elle me paraît de suite avoir la coloration terne et d'une pâleur remarquable, qui caractérise, sous le nom de couleur *de feuille morte*, la fièvre périodique pernicieuse. Je m'arrêtais à cette pensée que la malade, qui avait éprouvé les jours précédents, toujours à la même heure, un léger paroxysme fébrile, était cette fois sous le coup d'un accès de fièvre pernicieuse cholérique; cependant, j'avoue que, sans cette circonstance de petits accès de fièvre à heure fixe, les jours précédents, et sans aussi l'examen des matières, des vomissements et des évacuations alvines qui n'étaient pas de la nature si caractéristique des selles du choléra-morbus, j'eusse été disposé à admettre un cas grave de choléra, bien que, depuis une quinzaine de jours, le choléra eût à peu près disparu de notre ville. Je fis entourer la malade de bouteilles d'eau bouillante; je lui repassai la colonne vertébrale avec un fer que je promenais sur un long morceau

de flanelle, sur lequel j'avais jeté de l'eau de Cologne, pendant que l'on courait chercher un citron et de la glace, ainsi que de la farine de moutarde. Bientôt des cataplasmes de moutarde pure furent appliqués autour des pieds et des poignets et sur la région épigastrique. Pour toute médication interne, on se bornait à engager la malade à sucer un peu de glace pilée, qui était arrosée par quelques gouttes de jus de citron et par quelques gouttes d'éther sulfurique.

Cette médication fut soutenue jusque vers l'heure de minuit, sans avoir réussi à produire la moindre réaction : les crampes avaient pourtant perdu de leur intensité, les vomissements étaient moins incessants ; et les selles, qui étaient involontaires, avaient toujours l'odeur d'une grande fétidité. Quant au pouls, il était filiforme ; on avait même quelquefois de la peine à le saisir. Cet état, de la plus haute gravité, avait nécessité l'assistance d'un prêtre, et la malade venait de recevoir l'Extrême-Onction avec toute la liberté de ses facultés intellectuelles, lorsqu'elle fut prise d'un état de syncope qui exigeait continuellement l'inspiration des vapeurs d'éther et d'acide acétique et aussi le lancement au visage d'eau froide. Je confesse que je m'attendais à voir la vie cesser promptement, et que ce ne fut que pour sauvegarder ma responsabilité que je fis chercher un de mes collègues.

Il était environ une heure après minuit, lorsque M. le docteur Charryau fils arriva. La malade était alors un peu moins mal : il y avait un semblant de réaction, et bien que mon confrère crût, comme moi, à une mort très-rapprochée, nous arrêtâmes d'essayer le sulfate de quinine à doses élevées. Sur les deux heures après minuit, la réaction était plus apparente. Le pouls était plus saisissable, et, bien que la déglutition parût encore difficile, la malade put cependant avaler 20 centigrammes de sulfate de quinine dissous dans une cuillerée d'eau à la glace, avec addition de quelques gouttes de jus de citron et deux gouttes d'éther sulfurique. Très-exactement de demi-heure en demi-heure, on fit avaler, de la même manière, 20

centigrammes de sel de quinine, et la malade en ingéra quatre grammes dans les 24 heures. Le fébrifuge fut mieux supporté par l'estomac qu'on aurait pu le supposer tout d'abord ; il y eut cependant, dans les trois premières heures, deux vomissements qui durent rejeter une partie du médicament ; mais les vomissements cessèrent et les évacuations alvines diminuèrent également à mesure que la réaction s'accomplissait. Vers les huit heures du lendemain, la réaction était assez prononcée pour qu'on dût renoncer à continuer les sinapismes.

Je coupe court à cette observation qui, délayée désormais dans trop de détails, ferait perdre de vue l'intérêt qui s'attache aux symptômes culminants. Qu'il suffise de savoir que, bien que quatre grammes de sulfate de quinine eussent été ingérés dans les premières 24 heures, l'accès se fit néanmoins sentir le lendemain deux heures plus tard que la veille : mais le paroxysme ne fut pas intense, et tout laissa espérer qu'en continuant le sulfate de quinine, on arrêterait les accès subséquents. Mme Albert continua de prendre, pendant six jours consécutifs, quatre grammes de sel fébrifuge par 24 heures, et, comme ce médicament héroïque avait réussi au-delà de nos espérances, on en diminua la quantité. Celle-ci fut réduite à deux grammes par jour, puis à un gramme, enfin à cinquante centigrammes; cependant, l'emploi de ce moyen ne cessa entièrement que le 30 décembre, époque à laquelle la guérison parut radicale.

J'avais oublié de dire qu'à dater du jour de l'invasion du terrible accès de fièvre, il y avait eu suppression entière des urines jusqu'au septième jour. La palpation de la région sus-pubienne ayant laissé croire à l'absence d'urine dans la vessie, on avait ajourné l'application d'une algalie. Il ne devint pas nécessaire de recourir au cathétérisme; l'urine prit son libre cours, ainsi qu'il a été dit, le septième jour ; et, à dater de ce moment, chaque journée annonçait un prompt retour à la santé. Aujourd'hui, 20 février, la guérison ne s'est pas démentie.

RÉFLEXIONS.

Torti empruntait au symptôme le plus culminant la dénomination qu'il imposait à chaque fièvre pernicieuse ; mais il existe des fièvres qui offrent en même temps plusieurs symptômes dominants, et dont aucun n'est précisément *culminant*, d'après la rigoureuse acception ou signification du mot *culminant*.

Cette difficulté dans le choix de la dénomination à imposer aux maladies, justifierait en partie la bizarre nomenclature admise par M. le professeur Piorry, si cette nomenclature ne supposait une profonde connaissance des racines des langues, surtout de la langue grecque, connaissances en linguistique que les médecins les plus savants ne possèdent pas toujours. Ainsi, dans l'observation qui précède, trois symptômes se distinguent parmi les autres : le froid de la peau, la fréquence des vomissements, l'égale fréquence des déjections alvines. Laquelle des trois dénominations suivantes, puisqu'elles sont toutes les trois admises par les auteurs, *fièvre algide*, *fièvre vomitive*, *fièvre cholérique*, choisirez-vous ? Cette réflexion fait voir combien il est difficile de trouver une dénomination nette, claire, précise, ponr une maladie, et c'est ce qui explique pourquoi certains noms bizarres, tel que celui de *Croup*, par exemple, mot d'origine écossaise, resteront longtemps dans la science. Ceci dit, il est facile de déduire les raisons qui empêchèrent vite de persister à croire que Mme Albert était prise du choléra ; et cependant, cette pensée devait venir tout d'abord, d'autant plus naturellement, qu'à l'époque du 10 décembre, jour de l'apparition de l'accès pernicieux, l'épidémie cholérique qui a ravagé Nantes avait à peine disparu. Les raisons qui ont fait diagnostiquer une fièvre intermittente pernicieuse cholérique, se tiraient surtout de la connaissance apprise par la malade que les jours précédents, à pareille heure, elle avait éprouvé un léger paroxysme fébrile. En outre, les vomissements, les déjections alvines, étaient de nature bilieuse et d'une extrême fétidité. Or, on sait que les vomissements et les évacuations alvines

sont d'une nature *sui generis*, nature qui jette un grand jour sur le diagnostic.

Dans la fièvre cholérique, la concentration des mouvements organiques de la périphérie au centre du corps détermine le froid de la peau, car la caloricité, cette propriété du corps humain de conserver sa température de 30 à 32 degrés, diminue par l'affaiblissement de l'exercice de la sensibilité à fur et à mesure que les déjections alvines brisent les forces par leur fréquence. On peut même dire qu'il n'y a pas de fièvre pernicieuse cholérique sans le refroidissement des extrémités ; mais, dans cette fièvre toujours grave, l'estomac devient surtout le siége d'une ardeur, d'une anxiété extrêmes : de là, le besoin instinctif des boissons froides ; de là, le bienfait de ces boissons, que l'on ne doit donner que par très-petite quantité à la fois ; car, il paraît prouvé que, dans le choléra, la fonction d'absorption de la part de l'estomac est à peu près entièrement paralysée, et la paralysie de cette importante fonction doit être prise en grande considération : elle doit faire repousser du traitement du choléra toutes ces boissons chaudes que l'on ingère avec une déplorable profusion, dans le but d'amener la réaction. L'estomac dont la faculté d'absorption est presque anéantie, se remplit de ces boissons comme un vase inerte, et si le vomissement ne vient à le vider, le refoulement du diaphragme ne contribue pas pour peu à rendre la respiration anhéleuse et pénible.

Dans la recherche des causes des maladies, l'homme qui est doué du sentiment philosophique ne se laisse pas décourager ; car, il sait que la science progresse, et ce qui n'a pu être découvert hier, le sera aujourd'hui ou demain. Il est de toute probabilité scientifique que l'on finira par connaître, par saisir la véritable cause du choléra : déjà, cette cause est entrevue. Il est vraisemblable que le miasme du choléra enlève au sang l'impression stimulante par laquelle, à l'état normal, ce liquide provoque l'action, le rhythme du cœur ; car, le sang du cholérique paraît être vicié, il ne semble pas oxigéné, et la vie, a dit Richerand,

est subordonnée à l'oxidation du sang dans le poumon ; et à la distribution de ce sang vivifié dans les organes. Le choléra constituerait donc un empoisonnement miasmatique, dont la nature, l'essence du miasme, seraient encore inconnues.

Que certains praticiens, de bons esprits, du reste, qui ont obtenu par l'emploi du quinquina à hautes doses des succès dans les cas les plus désespérés, viennent soutenir que le choléra n'est autre chose qu'une fièvre pernicieuse dont l'écorce du Pérou fait justice, rien ne paraît moins prouvé, ou plutôt rien n'est moins vrai. Tout ce qu'il y a de sensé dans cette opinion, c'est que, lorsque le quinquina donné à doses élevées a jugulé une attaque de choléra, ce succès démontre que l'on avait affaire à une fièvre pernicieuse cholérique. L'élément, le génie de la périodicité n'avaient pas été découverts. Voilà tout, et c'est en cela qu'a consisté l'erreur du diagnostic, erreur que le quinquina est venu rectifier. (Naturam morborum ostendunt curationes.)

« Dans la fièvre pernicieuse cholérique, a écrit Torti, l'élément de la périodicité de la fièvre est voilé par le masque du choléra, mais le symptôme culminant suit le mouvement et la période de la fièvre, comme l'ombre suit le corps. » Cette ingénieuse comparaison est de toute vérité, et elle révèle un profond observateur dans le médecin de Modène.

Chaque fois que, dans ce travail, j'ai écrit le mot *quinquina*, j'ai entendu par ce mot générique, la quinine et les sels de quinine, et je reconnais toute la justesse des considérations contenues dans le passage suivant, que je copie littéralement dans l'excellent ouvrage du docteur Bailly, de Blois :

« Avant l'analyse du quinquina, avant la découverte de la quinine, il était nécessaire, dans un traité de fièvres intermittentes, d'entrer dans tous les détails propres à faire connaître les différentes espèces de quinquina et leurs propriétés relatives ; mais aujourd'hui qu'une substance identique remplace toutes ces variétés, nous renvoyons l'historique concernant cet arbre à la matière médicale. Quelle

que soit son origine, la quinine sera considérée en elle-même comme le sont tous les autres médicaments simples, tels que le mercure, la morphine, l'éther, etc.

» Ce début ne paraît guère annoncer que nous hésitions entre le quinquina et la quinine : telle est, en effet, notre manière de voir, fondée sur plusieurs centaines d'observations de succès en Italie. La quinine convient toujours là où le quinquina est indiqué ; alors encore elle convient mieux que lui ; elle peut opérer des guérisons qu'il serait incapable d'amener : elle est exempte de la plupart des inconvénients auxquels il donne si souvent lieu. En un mot, c'est une des plus belles acquisitions que la médecine ait faites. Il arrive souvent que le quinqnina est vomi, et alors on a fatigué le malade sans aucun résultat avantageux. Combien de fois à l'hôpital du Saint-Esprit n'ai-je pas vu les draps ou le plancher couverts de quinquina rejeté. Sur cent lits, il eût été difficile d'en trouver dix dont les draps n'en eussent pas été plus ou moins salis. Comment l'estomac ne rejetterait-il pas une dose aussi considérable de bois amer et nauséeux, lui qui, à l'époque où règnent les fièvres intermittentes, appelle si avidement les boissons fraîches et acidules ? » (Bailly, de Blois : page 406).

L'autorité de Morton, toujours invoquée avec respect par Torti, son ouvrage toujours cité par lui avec éloge, avaient fait que le précepte de ne pas donner le quinquina pendant le paroxysme fébrile, était rigoureusement et généralement suivi. Cependant, dans certaines fièvres rémittentes, surtout dans celles où la rémission est à peine sensible, et qui, par le peu de durée de ce temps de rémission et par l'avancement et la violence de l'accès suivant, portent la dénomination de sub-intrantes, on fut tenté, en présence d'un accès qui menaçait la vie, d'enfreindre la conduite de Morton et ses sectateurs. Ce fut surtout dans certains pays chauds où la fièvre se montre si promptement mortelle, qu'on sut s'affranchir de l'autorité de ces médecins justement recommandables. Des faits d'une consciencieuse observation apprirent à connaître que le médicament fébrifuge pouvait être donné avec profit pen-

dant le paroxysme. Quelques praticiens éclairés sur ce point de doctrine, cherchèrent même à généraliser l'emploi du sulfate de quinine pendant l'accès fébrile, et un de nos regrettables collègues, le docteur Marion de Procé, entrant dans cette voie d'expérimentation, a cru remarquer que le sel de quinine avait une puissance fébrifuge plus grande et plus sûre lorsqu'il était administré pendant le paroxysme que lors de l'apyrexie. Les grands noms de Morton et de Torti se dresseront longtemps encore devant tout praticien qui poursuivra la voie dans laquelle le médecin en chef de notre Hôtel-Dieu était entré, et bien que le respect environne ces noms, ils s'inclineront, j'en ai la confiance, devant la rigide observation de faits cliniques. Je me suis, dans plusieurs circonstances, trouvé assez alarmé par la violence d'un accès de fièvre, pour ne pas différer d'un seul instant l'emploi du sulfate de quinine. Je n'ai pas eu à le regretter, je crois même avoir eu à m'en applaudir.

OBSERVATIONS cliniques, par M. MALHERBE, *médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, Secrétaire du Conseil central de salubrité du département de la Loire-Inférieure.*

Oblitération du canal hépatique par un calcul; atrophie du foie.

La veuve Pageot, âgée de 76 ans, est entrée à l'hôpital, le 29 juillet 1854.

Elle présente un ictère général et bien prononcé qui

remonte à plusieurs mois ; de temps en temps, elle éprouve des accès en tout semblables à ceux des fièvres intermittentes, mais dont les fébrifuges n'empêchent point le retour. Elle n'a point de vomissements et l'appétit est en partie conservé ; elle n'a de soif prononcée que pendant les accès de fièvre, les gardes-robes sont plutôt rares que fréquentes, les matières fécales ne sont pas complétement décolorées, les urines sont safranées. La région de l'hypochondre droit est le siége de douleurs constantes, mais peu vives, que la pression et la percussion n'exaspèrent pas ; par ce dernier mode d'exploration, on détermine une diminution notable du champ de la matité hépatique, et on diagnostique une atrophie simple du foie. Ce diagnostic semblait d'autant plus fondé, que les divers appareils d'organes interrogés avec soin ne donnaient aucun signe d'altération organique, telle que tubercules, cancer, etc.

La marche de la maladie devait pourtant infirmer ce diagnostic, et faire croire à une lésion grave mettant obstacle au cours ou à la sécrétion de la bile. En effet, les accès de fièvre se rapprochèrent, l'appétit diminua, et des vomissements rares d'abord, plus fréquents vers la fin de la vie, ne tardèrent pas à se manifester. La teinte ictérique devint plus foncée et verdâtre ; les douleurs de l'hypochondre furent beaucoup plus intenses, l'amaigrissement fit des progrès, et la malade succomba le 22 décembre 1854, dans l'état de marasme le plus complet.

Le traitement avait consisté dans un régime sévère, quelques remèdes alcalins et calmants, de légers purgatifs ; dans les dernières semaines, les calmants seuls avaient été employés. A l'autopsie, nous trouvâmes le foie flasque et peut-être un peu moins volumineux qu'à l'état normal ; mais la diminution de volume était moindre que, d'après les résultats de la percussion pratiquée pendant la vie, nous n'avions supposé.

Le canal hépatique était oblitéré vers le milieu de sa longueur par un calcul ovoïde de la grosseur du pouce. Derrière cet obstacle, le canal hépatique dilaté formait

une poche capable de loger un gros œuf de poule, tous les canaux biliaires étaient énormément dilatés, et on pouvait facilement introduire le pouce ou au moins le doigt indicateur jusque dans les ramifications de 3e et de 4e ordre. Toutes ces cavités étaient pleines d'une bile verte, filante, assez visqueuse, contenant une grande quantité de graviers; dans quelques-uns des conduits se trouvent des calculs mal agrégés, et affectant la forme des cavités qui les contiennent.

La vésicule forme une tumeur de la grosseur d'un œuf, ses parois sont épaissies, d'un blanc opaque: elle est remplie d'une pâte vert foncé, très-homogène, sèche et rappelant la consistance de la craie. Le canal cystique aboutit au canal hépatique en avant du lieu oblitéré.

La substance du foie présente une couleur gris-verdâtre foncé; les vaisseaux sanguins qui la parcourent sont moins volumineux qu'à l'état normal et ne laissent écouler que peu de sang. Le tissu paraît évidemment amoindri par la compression.

Les deux poumons sont un peu emphysémateux, particulièrement en avant et à la base.

Les autres organes n'offrent rien d'anormal.

Ce fait nous a semblé intéressant à plusieurs égards: 1° Nous n'avons trouvé mentionné dans les auteurs, aucune observation où la dilatation des vaisseaux biliaires oblitérés par un calcul, eût atteint les mêmes proportions que chez notre malade.

2° Quoique le volume du foie ne fût pas notablement moindre qu'à l'état normal, son tissu était pourtant atrophié par la compression excentrique qu'exerçait la bile accumulée derrière le point oblitéré.

3° Tandis que les vaisseaux biliaires étaient dilatés, les vaisseaux sanguins étaient diminués de volume, et certes, pendant la vie, la circulation y devait éprouver de grandes difficultés: néanmoins, nous n'avons pas observé d'hydropisie, probablement parce que la masse totale du sang avait été progressivement diminuée par le défaut d'assimilation.

4° L'emphysème de la base du poumon droit, en donnant un son exagéré, nous avait induit en erreur sur le volume réel du foie.

Voici maintenant un cas d'ictère dans lequel des symptômes de dyspepsie s'aggravant progressivement, mais assez intenses dès le début, avaient fait immédiatement songer à une affection organique plutôt qu'à une atrophie simple. Un squirrhe du pylore avait déterminé l'oblitération du canal cholédoque.

Squirrhe du pylore, oblitération du canal cholédoque.

Le nommé Cloarec, Claude, âgé de 50 ans, cotonnier, entre à l'hôpital le 26 décembre 1854.

Ictère remontant à quatre ou cinq mois; constipation habituelle; anorexie; douleur à la région épigastrique; rapports acides; vomituritions fréquentes : quelques aliments liquides sont seuls supportés.

Le traitement consiste dans la diète et quelques laxatifs, des applications calmantes sur l'abdomen.

Il sort de l'hôpital le 22 janvier 1855, sans changement notable dans son état; il y rentre le 13 février suivant.

La coloration de la peau est la même que la première fois, peut-être un peu plus foncée; l'amaigrissement est considérable, la faiblesse très-grande, l'épigastre est le siége de vives douleurs, dont le malade se plaint beaucoup, et qu'exaspère la moindre quantité d'aliments; la pression et la percussion sont également très-douloureuses, la matité hépatique semble plutôt augmentée que diminuée; des vomissements de matières alimentaires non digérées ont lieu fréquemment. Aucun épanchement de sérosité.

Les matières fécales ont été constamment colorées, et les urines safranées se coloraient en vert intense par l'acide azotique.

On diagnostique une affection organique du foie ou de l'estomac.

Le traitement a consisté cette fois en laxatifs et calmants intus et extus; un vésicatoire volant a été appliqué sur l'épigastre pour essayer de calmer la douleur.

La mort arrive le 8 mars 1855 et semble due aux progrès de l'inanition.

Autopsie. — Le cadavre est très-amaigri ; tous les tissus sont fortement colorés en jaune. Aucune des cavités viscérales ne contient de sérosité. Une tumeur volumineuse occupe la portion pylorique de l'estomac et la première courbure du duodénum ; elle est dure, adhérente au pancréas, qui participe à l'induration dans une partie de son étendue ; le tissu cellulaire, intermédiaire à ces différents organes, est condensé, et une dissection assez attentive est nécessaire pour les isoler. Dans toute la partie malade de l'estomac, les membranes sont épaissies ; nulle part, la muqueuse ne présente de solution de continuité ; elle conserve son poli et son aspect villeux. La membrane musculaire et la séreuse sont écartées par une couche mince d'abord, et s'épaississant de plus en plus, à mesure que l'on se rapproche du pylore, de substance blanche, de consistance squirrheuse ; au niveau de l'anneau pylorique, ce dépôt est très-abondant et forme un bourrelet qui ferme presque complétement cet orifice, c'est à peine si l'on y pourrait faire passer une plume d'oie. La production accidentelle, moins épaisse dans le duodénum, existe dans toute la première portion de cet intestin. De nombreuses granulations de même nature que la tumeur principale existent dans le péritoine qui recouvre l'estomac et le foie ; sur l'estomac, elles sont d'autant plus grosses et plus nombreuses, qu'on se rapproche davantage du pylore.

Le foie, un peu diminué de volume et de consistance normale, contient assez de sang ; sa substance est d'un vert grisâtre foncé. Il contient un grand nombre de tumeurs squirrheuses de volume variable et qui semblent formées de grains réunis ; au centre de chacune de ces tumeurs on ne trouve que la production accidentelle, mais

elles envoient de toute leur périphérie des prolongements rayonnés entre lesquels se retrouve la substance du foie; celles de ces tumeurs qui s'aperçoivent à travers le péritoine hépatique forment, à la surface de l'organe, des taches blanches étoilées.

Tous les canaux biliaires sont dilatés, remplis d'une bile épaisse, de couleur vert foncé; la plupart pourraient admettre dans leur cavité un tuyau de plume d'oie; le conduit cholédoque a le volume du doigt indicateur; son orifice, dans le duodénum, ainsi que toute la partie qui chemine dans l'épaisseur de la paroi de l'intestin, sont complètement oblitérées. Le canal cystique est revenu sur lui-même, ainsi que la vésicule, dont le volume ne dépasse pas celui du doigt, et qui ne contient qu'un peu de mucus à peine coloré.

La rate présentait un peu de ramollissement; son enveloppe propre, épaissie, semblait envahie par la matière squirrheuse. Les reins étaient très-hypérémiés.

Nous ferons remarquer qu'ici comme dans l'observation précédente, il n'y a pas eu d'hydropisie; mais nous rappellerons, en même temps, que la circulation sanguine dans le foie ne devait pas trouver d'obstacle, et, d'un autre côté, la dyspepsie qui existait depuis longtemps avait eu pour conséquence nécessaire la diminution progressive des liquides apportés au foie par la veine-porte.

Le principal trait de ressemblance entre les deux malades dont nous venons de donner l'histoire, c'est l'existence d'un ictère dû à l'oblitération des voies biliaires. Une atrophie du foie commençante dans le second cas, très-marquée, au contraire, dans le premier, avait été la conséquence de la compression exercée par la bile accumulée derrière l'obstacle; mais cette atrophie n'était que symptomatique, d'autres lésions plus graves lui ôtaient toute valeur au point de vue du pronostic. Il n'en est pas ainsi de l'atrophie idiopatique, à laquelle il convient d'attribuer un certain nombre d'ictères graves par défaut de sécrétion. Plusieurs cas de cette dernière espèce que j'ai rencontrés dans la pratique civile, ont été accompagnés de symptômes

assez graves pour me faire croire à l'existence de lésions organiques devant déterminer la mort dans un temps limité. L'issue ayant été autre que celle à laquelle je m'attendais, j'ai cru utile de comparer la marche qu'ils m'ont présentée avec celle de la maladie de la veuve Pageot.

L'atrophie simple du foie conduit aussi sûrement à une terminaison funeste que les oblitérations des canaux biliaires par des causes intrinsèques ou extrinsèques, telles que les hétérosarcoses (cancers, tubercules) : comme ces dernières maladies, elle peut donner lieu à tous les phénomènes de la consomption et à l'hydropisie, dont la production dépend évidemment alors de la difficulté que le sang des affluents de la veine-porte éprouve à traverser le foie. Cependant, l'hydropisie ne s'observe pas toujours dans la maladie qui nous occupe, et nous pensons qu'on peut aisément alors expliquer son absence, comme nous avons cherché à le faire dans les deux observations précédentes, par la diminution du volume total du sang. En effet, à mesure que l'altération fait des progrès, l'appétence pour les aliments, et surtout pour les substances animales, diminue; elle est souvent remplacée par une répugnance invincible.

Dans d'autres circonstances, la marche de la maladie est excessivement lente, et, sous l'influence du repos, d'évacuations plus ou moins abondantes, d'une diète sévère, on voit l'ictère diminuer, la fièvre cesser, l'appétit revenir et se prononcer même avec assez d'activité. Si alors le malade cède, sans précaution, au désir des aliments, les accidents ne tardent pas à se reproduire, tandis qu'un régime bien entendu peut écarter, pour assez longtemps, leur retour.

Nous n'avons pas besoin de dire que l'attention du médecin doit se porter ici à la fois sur la quantité et sur la nature des aliments. En général, leur quantité sera faible : ils devront être de facile digestion et dépourvus de toute qualité excitante ; on ne saurait, du reste, poser de règle absolue, c'est une étude spéciale à faire pour chaque cas particulier.

Les travaux modernes sur la digestion permettent de traduire en formules scientifiques les considérations qui

précèdent : si vous fournissez au foie, diminué de volume, des matériaux de nutrition aussi abondants qu'à l'état normal, vous produisez un engouement de son tissu et une compression qui s'opposent à l'exercice libre de ses fonctions d'organe sécréteur, tandis qu'il aurait pu suffire encore à l'élaboration d'une moindre quantité de ces matériaux. L'ingestion de substances irritantes, en augmentant l'afflux du sang artériel, peut produire un effet analogue ou même des complications inflammatoires.

Le médecin ne doit donc point céder aux désirs du malade, chez lequel, malgré le retour de l'appétit, chaque écart de régime est signalé par une rechute. La maigreur et même la faiblesse persistante, sont ici des nécessités qu'il faut subir, car on ne peut jamais se flatter de ramener la digestion à son type normal.

On ne fait, en définitive, qu'un traitement palliatif; mais on n'a pas même cette ressource quand l'atrophie hépatique est la conséquence d'une autre lésion ; alors on ne voit point survenir ces intervalles d'amélioration dont nous avons parlé, et le mal marche incessamment vers sa fatale terminaison.

En résumé, le diagnostic précis de la cause de l'ictère étant souvent impossible, il convient, dans tous les cas d'ictère chronique, de chercher à obtenir, par le régime, l'amélioration possible dans l'atrophie simple, impossible dans les autres cas.

Chlorose, fièvre intermittente rebelle, hématémèse, pleurésie purulente, abcès de la rate.

Boëdron, Véronique, âgée de 28 ans, domestique, entre, le 1er février 1855, à l'Hôpital.

Depuis deux ans, symptômes de chlorose avec aménorrhée. Vers le 15 décembre 1854, sans fatigue plus grande que d'habitude, indisposition caractérisée par une douleur

gravative à l'estomac, inappétence, accès de fièvre intermittente, sans type régulier. Le 30 décembre 1854, la malade, qui a l'habitude de prendre ses aliments très-chauds, vomit du sang noir caillé en quantité médiocre; le vomissement ne dure que quelques instants, et ne se répète pas dans la journée. On se borne à prescrire le repos, la diète et les boissons fraîches.

Le 1er janvier, la malade étant à jeûn, est reprise d'hématémèse en allant à la garde-robe; l'hémorrhagie, très-abondante, est suivie d'une syncope qui cesse au bout de quelques minutes de décubitus dorsal. Je la vois quelques instants après et je trouve le pouls fréquent, mou, mais assez large; la peau est froide et décolorée, la connaissance parfaite. Je prescris de réchauffer les membres inférieurs, d'y promener des sinapismes, et je fais administrer toutes les heures une pilule contenant un centigramme environ d'azotate d'argent.

Le lendemain, 2 janvier, l'hémorrhagie ne s'est pas renouvelée; la pâleur de la peau est la même, le pouls s'est relevé, il n'est pas fébrile. Ce retour de l'hémorrhagie, à 48 heures d'intervalle, et la préexistence d'accès intermittents me faisant craindre une fièvre pernicieuse, je prescris deux grammes de sulfate de quinine et la continuation des pilules d'azotate d'argent.

Le 3 janvier, accès de fièvre caractérisé par frissons, chaleur et sueur, mais sans hémorrhagie. (2 grammes de sulfate de quinine; les pilules d'azotate d'argent ne sont plus données que toutes les deux heures.)

Les 4 et 5 janvier, on administre un gramme de sulfate de quinine et on continue l'azotate d'argent. Ce dernier jour, une augmentation légère de la chaleur, dans l'après-midi, est considérée comme un souvenir de l'accès.

Le 6, on commence l'usage de l'eau de Pagliari (15 grammes dans une potion). Cette dose est continuée chaque jour, jusqu'à la terminaison.

La malade reste faible; cependant le pouls se relève et la pâleur diminue; gardes-robes noires provoquées par une petite dose d'huile de ricin.

Le 8, à la suite d'un écart de régime (la malade a mangé de la pâtisserie), nouvelle hémorrhagie considérable, suivie d'une syncope prolongée, après laquelle le pouls reste petit, misérable, la peau et les origines des muqueuses complétement décolorées, la faiblesse excessive. Douleur constante à l'hypochondre gauche, matité étendue à la région splénique. Les pilules d'azotate d'argent sont prescrites de nouveau pendant 48 heures; les jours suivants, les accès en tierce continuent; on donne encore quelques doses de sulfate de quinine. Vers la fin de janvier, l'état général semble un peu s'améliorer, l'appétit se prononce; quelques cuillerées de bouillon glacé et même un peu de panade froide sont bien supportés, mais les forces ne reviennent pas. Le 1er février, elle entre à l'Hôpital: son état est le même que précédemment; elle rend de temps en temps des selles noires, demi-liquides et très-fétides. On lui fait le même traitement; le 6 février, on y joint le fer réduit par l'hydrogène, à la dose de 10 centigrammes par jour.

Le 10 février, la malade, qui s'était trouvée mieux pendant la journée et disait, à 6 heures 1/2 du soir, sentir un bien-être général, vomit tout-à-coup, à 7 heures, environ 300 grammes de sang. Aucune imprudence n'avait été commise; elle avait mangé, à 4 heures 1/2, la faible ration d'aliments qu'on lui permettait: aussitôt, lipothymie complète, qui se prolonge pendant près d'une demi-heure, puis le pouls commence à se faire sentir, et prend même une certaine ampleur. (Position horizontale, application, sur l'épigastre, d'une vessie pleine de glace, sinapismes sur les membres inférieurs; à l'intérieur, glace en petits morceaux.)

Vers une heure du matin, trois nouveaux vomissements, à peu d'intervalle, amenant chaque fois, au dehors, un caillot gros comme une noix: mais la faiblesse extrême de la malade, et le peu d'efforts qui accompagnent ces vomissements, donnent lieu de penser qu'une plus grande quantité de sang s'est épanchée dans l'estomac. Le pouls, à 110 pulsations, est assez développé, mais dépressible. L'irrégularité

dans la succession des accès précédents, ne permet pas de savoir si ce jour était paroxystique ou intercalaire. On administre 1 gramme 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Les vomissements ne se reproduisent pas jusqu'au lendemain matin, 11 février ; un peu de sommeil. Le matin, abattement extrême, peau moite, fraîche, pouls à 110. Ouïe très-obtuse, intelligence nette. Pas de selles depuis hier, malgré la sensation du besoin d'évacuer. (Vésicatoire sur le sternum et l'épigastre, 75 centigrammes de sulfate de quinine, sinapismes aux membres inférieurs.)

Les jours suivants, la faiblesse diminue progressivement, mais la décoloration générale reste la même. Le 8 février, le pouls a repris de la force, et ne bat plus que 96 fois par minute. Constipation qui résiste aux lavements laxatifs, émission abondante d'urine. (Diète sévère, malgré les réclamations de la malade.)

19 février. Expulsion de quelques boules stercorales dures, qui ne présentent plus la couleur noire. La douleur de l'hypochondre gauche se fait sentir plus vivement. Les frissons, qui avaient cessé depuis l'hématémèse, ont reparu, irrégulièrement, depuis le 17. (Potion fébrifuge opiacée, même prescription du reste.)

21 février. Oppression très-grande, toux, douleur plus étendue et plus vive au côté gauche, pouls fréquent, dur, serré ; on constate l'existence d'un épanchement considérable dans la cavité de la plèvre gauche. L'auscultation, pratiquée plusieurs fois, à une époque antérieure de la maladie, n'avait donné que des résultats négatifs. (Vésicatoire sur le côté.)

Dans la soirée, l'oppression est la même, l'affaissement est très-grand, la douleur nulle, le pouls donne environ 130. Mort à 9 heures.

Autopsie 30 heures après la mort.

Décoloration complète des téguments, pâleur de cire, membres en résolution complète : dilatation notable du côté gauche du thorax.

La cavité pectorale gauche contient 4 à 5 litres d'un

sérosité assez limpide et citrine dans les couches supérieures, puis trouble et floconneuse, enfin purulente dans le tiers inférieur. Les feuillets de la plèvre sont tapissés d'une fausse membrane jaune, molle, s'enlevant avec le dos du scalpel. Le poumon, refoulé le long de la colonne vertébrale, présente dans son plus grand diamètre transversal, une épaisseur qui ne dépasse pas 7 centimètres. Son parenchyme pur de toute altération est exsangue, sec, résistant à la section, et ne crépite dans aucun point; sa couleur est grisâtre. De ce côté, le diaphragme a été considérablement refoulé; en bas et au lieu de sa convexité habituelle, il offre une profonde dépression remplie de pus; la fausse membrane qui recouvre la plèvre diaphragmatique a une grande épaisseur.

Du côté droit de la poitrine il s'écoule environ 1 litre 1/2 de sérosité citrine très-limpide. Le poumon est légèrement refoulé vers la colonne vertébrale: son tissu est sain, les vésicules ne sont pas affaissées. Le diaphragme offre ici la convexité normale. Le péricarde est distendu par de la sérosité limpide. Le cœur, de volume normal, est décoloré, ses fibres musculaires sont jaunâtres; il ne contient pas de caillots.

Le foie, notablement augmenté de volume, offre une coloration jaune, son lobe gauche va toucher la rate.

La rate, d'un volume médiocre, est enveloppée d'un épiploon épais, induré, qui la fait adhérer au diaphragme et à l'estomac. En cherchant à la séparer de ce dernier organe, on tombe sur un abcès du volume d'un gros œuf de poule, qui occupe son tiers supérieur, et qui communique avec un autre foyer un peu moins volumineux placé plus bas, vers le milieu du diamètre transversal. Ces deux cavités remplies d'un pus épais, jaune et bien lié, sont tapissées partout par une membrane tomenteuse. Le parenchyme splénique, de couleur rouge lie de vin, est friable et se laisse facilement réduire en bouillie: il offre assez bien l'aspect d'un poumon passant de l'hépatisation rouge à l'hépatisation grise. La coque qui enveloppe l'abcès supérieur adhère à la foliole gauche du centre phrénique;

en ce point, l'aponévrose paraît tendue et tirée vers l'abdomen.

L'estomac ne présente aucune lésion : sa membrane muqueuse, complétement décolorée, présente seulement deux ou trois plaques rouges vers le grand cul-de-sac.

La membrane muqueuse intestinale, également décolorée, n'offre aucune altération.

L'ensemble des symptômes observés chez notre malade et des lésions constatées après la mort, nous suggère les réflexions suivantes : 1° la maladie primitive a été une splénite qui s'est plus tard terminée par abcès ; 2° l'hématémèse a été symptomatique de la maladie de la rate ; 3° une pleurésie purulente à marche subaiguë s'est développée par contiguité, plusieurs semaines avant la mort, et c'est à cette circonstance qu'était due l'augmentation du champ de la matité splénique ; 4° les frissons irréguliers observés les derniers jours ont coïncidé avec l'extension de la pleurésie purulente, à laquelle est venu s'ajouter à la fin un épanchement considérable de sérosité, dans les deux plèvres et dans le péricarde ; 5° l'augmentation de volume du foie et sa coloration, étaient sans doute en rapport avec le trouble des fonctions de la rate et la diminution du champ de la respiration.

La maladie primitive a été une splénite et une splénite méconnue, ce dont on n'a pas lieu de s'étonner, quand on songe à la rareté relative de cette maladie, eu égard à la fréquence de l'hypertrophie. Toute fièvre intermittente un peu prolongée donne lieu à un développement anormal de la rate, et dans les contrées éminemment marécageuses, comme la Sologne par exemple, l'engorgement de ce viscère est un fait général.

Selon M. Nepple, l'intumescence splénique ne tient pas toujours à la fièvre, elle dépend souvent de la seule constitution des habitants des marais, chez lesquels, dit-il, on observe une grande ampliation passive du système veineux ascendant, surtout des vaisseaux de l'abdomen.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les fièvres intermittentes sont d'accord sur la fréquence de l'hypertrophie

splénique, et chacun sait ce que M. Piorry a écrit sur ce sujet. Dans les fièvres pernicieuses et dans les fièvres continues graves, on signale bien le ramollissement de la rate, mais on parle rarement de splénite suppurée.

De tous les auteurs modernes, Naumann, de Berlin (1), est celui qui a donné la meilleure description de la splénite ; il indique les symptômes suivants : douleurs fréquentes à l'estomac, nausées, vomissements de matières muqueuses, bilieuses, sanguinolentes, renvois acides ; ces accidents augmentent par la station verticale.

Plusieurs autres auteurs signalent également l'hématémèse comme symptôme de la splénite ; Marcus et Heusinger la regardent même comme un signe pathognomonique de cette affection.

Ce symptôme n'a pas manqué chez notre malade ; mais, indépendamment de ce que nous pouvions croire à une hématémèse idiopathique, le retour périodique de l'hémorrhagie, chez un sujet primitivement atteint de fièvre intermittente, devait nous faire penser à une fièvre pernicieuse gastrorrhagique, maladie dont Torti et plusieurs autres ont rapporté des exemples, et que j'ai eu moi-même occasion d'observer chez un jeune homme de 18 ans, adonné à l'usage des liqueurs alcooliques. Le sulfate de quinine avait eu ici un plein succès.

Une autre circonstance, qui a rendu le diagnostic encore plus difficile, c'est que nous avions affaire à une splénite chronique, comme le démontre l'existence d'un kyste parfaitement organisé autour de la collection purulente.

L'hématémèse, ainsi que plusieurs autres hémorrhagies, a, du reste, été observée dans les autres maladies de la rate, et même dans les simples engorgements. — On lit à la page 487 du tome IV du Compendium de Médecine :

« L'hypertrophie de la rate, qui est souvent considérable

(1) Handbuch der medicinisches Klinik.

et persiste encore après la disparition de la fièvre intermittente, peut expliquer certaines hémorrhagies intestinales. On conçoit, en effet, qu'un organe aussi éminemment vasculaire que la rate, dont les fonctions paraissent liées plus ou moins directement à celles de la circulation, doit prendre quelque part à la production des hémorrhagies. »

Galien, en parlant des maladies de la rate, a noté la fréquence des hémorrhoïdes chez les sujets qui en sont atteints ; il prétend que ce flux est salutaire, et que, lorsqu'il vient à cesser, il est remplacé par des vomissements de sang et des hémorrhagies par l'intestin ou les narines.

M. Gendrin (1) range les maladies du foie et de la rate, en général, parmi les causes des gastrorrhagies.

Frédéric Hoffmann note les vomissements de sang comme un des signes de l'hypertrophie splénique, et regarde comme hors de doute que le sang provient des vaisseaux courts, de l'artère et de la veine splénique. (Frédéric Hoffmann, de Morbis Lienis.) Les anciens, disent les auteurs du Compendium, avaient imaginé certaines communications qui n'existent pas entre les vaisseaux de la rate et de l'estomac, et ils croyaient que l'obstruction de ces vaisseaux occasionnait l'hématémèse. (Riolan, Columbus, Wedel, Marcellus Donatus, Schenk, Théoph. Bonet, ont soutenu cette opinion.) Cette hémorrhagie n'a rien de spécial, et se fait comme les autres hématémèses, par exhalation sanglante dans la cavité de l'estomac. *Du reste, elle est rare, et on ne l'observe que dans le cas où la constitution est altérée et l'hypertrophie splénique déjà très-ancienne. Celle-ci ne paraît exercer aucune influence mécanique sur la production de l'hématémèse.*

Il nous semble cependant que quand l'altération de la rate est assez prononcée pour gêner le cours du sang dans l'artère splénique, les autres branches du tronc cœliaque

(1) Traité Philosophique de Médecine Pratique, t. 1, p. 189.

doivent recevoir en plus ce que celle-ci reçoit en moins, ce qui devient une cause d'hypérémie pour les organes auxquels elles se distribuent ; or, de l'hypérémie à l'hémorrhagie, il n'y a qu'une différence du plus au moins (1).

L'affaiblissement progressif de l'économie sous l'influence de la chlorose, de l'aménorrhée et de la fièvre intermittente, mérite d'être pris en sérieuse considération dans le cas qui nous occupe. MM. Monneret et Fleury disaient en 1846 :

Ce n'est pas une des particularités les moins importantes de l'histoire des maladies de la rate, que de voir cet organe, dont les fonctions sont inconnues, et qui ne paraît guère entretenir de sympathies qu'avec le foie et l'estomac, s'altérer promptement et d'une manière constante, chaque fois que le sang a subi quelque altération, que celle-ci soit primitive ou seulement consécutive.

Pour ce qui est de la pleurésie purulente, on se rend aisément compte de sa production au voisinage de l'abcès splénique, dont les parois adhéraient au diaphragme, et l'on sait d'ailleurs avec quelle facilité les phlegmasies purulentes envahissent les tissus similaires à ceux qui ont été primitivement affectés, quand les forces de l'économie ont subi une atteinte profonde. Cette nouvelle phlegmasie, beaucoup plus étendue que la première, est venue ajouter à la gravité du pronostic et hâter la mort, qui ne semble pas avoir été, dans tous les cas, la conséquence nécessaire des abcès de la rate. C'est elle, enfin, qui a donné lieu à l'énorme épanchement séreux des plèvres et du péri-

(1) Si on admet, avec M. Beau, que la rate est un organe d'impulsion, et que, par son élasticité, elle contribue à faire progresser le sang dans la veine splénique, et, par suite, dans la veine-porte, on concevra que quand elle aura perdu cette propriété, par suite d'une dilatation passive, ou d'une hypertrophie permanente, elle se débarrassera difficilement du sang que lui apporte l'artère splénique.

carde, dont le développement rapide a dû suspendre simultanément les fonctions des poumons et du cœur.

L'hypertrophie et l'altération de couleur du foie ont été signalées généralement dans les maladies de la rate. M. Beau, dans son mémoire sur l'appareil spléno-hépatique, qne nous avons cité plus haut, insiste avec raison sur la solidarité qui existe entre ces deux organes. Il rappelle que, chez les animaux auxquels on a enlevé la rate, le foie se trouve constamment hypertrophié, et il cite deux cas observés chez l'homme, dans lesquels l'ablation de la rate, nécessitée par une blessure, n'empêcha pas la vie de continuer pendant plusieurs années, et même l'un des deux sujets, qui était une femme, put concevoir et accoucher à terme. Elle mourut cinq ans après, et présenta à l'autopsie un foie d'un volume extraordinaire.

L'influence de la gêne respiratoire sur le foie n'a pu être ici que secondaire ; cependant, l'état de compression du poumon gauche était tel, que, depuis assez longtemps déjà, il ne servait plus à l'hématose, dont le champ se trouvait considérablement rétréci, circonstance qui contribuait sans doute à augmenter l'embarras de la circulation abdominale.

OBSERVATION de pneumo-thorax, consécutif à une pneumonie lobulaire, terminée par abcès ouvert dans la plèvre, par M. VALLIN, *élève interne à l'Hôtel-Dieu (Service de* M. MALHERBE).

La femme Coiquaud, Jean, journalière, âgée de 42 ans, présenta, en entrant à l'hôpital, le 6 janvier 1855, les

symptômes d'un épuisement excessif, d'un état de débilité général, sans lésions d'organes apparentes. Interrogée sur les circonstances qui ont précédé sa maladie, elle donna les renseignements suivants : elle a quitté la campagne, il y a quelques mois seulement pour venir à Nantes, où elle espérait trouver plus de ressources et moins de misère : habitation dans un quartier malsain de la ville (le Marchix), dans un logement bas, humide, peu éclairé ; alimentation de mauvaise nature et insuffisante, misère profonde à laquelle viennent se joindre les fatigues d'un accouchement facile, il est vrai, mais après lequel la malade se hâte beaucoup trop de reprendre des occupations fatiguantes : essais pénibles d'allaitement, cessés forcément au bout de deux mois ; affaiblissement tel enfin que la femme Coiquaud se décide à entrer à l'hôpital. A cette époque, l'abattement est considérable, les tissus sont décolorés, mais non infiltrés de sérosité ; le pouls est faible, médiocrement accéléré ; l'auscultation de la poitrine fait entendre quelques râles à grosses bulles disséminés dans les deux poumons. La respiration n'est pas gênée, ses mouvements *n'éveillent aucune douleur* ; les fonctions digestives s'exécutent assez régulièrement. Malgré une nourriture substantielle, l'usage du vin de quinquina, l'état ne change pas ; il s'y joint même des symptômes de nostalgie. Le 18 janvier, son jeune enfant meurt dans une des salles de l'Hôtel-Dieu ; quelques jours après, on lui apprend que sa fille, âgée de 10 ans, a disparu, et qu'elle n'a pu être retrouvée, malgré les recherches actives de la police. Dès lors, l'adynamie est plus profonde encore, l'appétit est nul, il survient un peu de diarrhée.

Le 26 janvier, la malade se plaint d'une douleur sourde, mais peu vive dans toute la poitrine : l'oppression est marquée, la toux fréquente, le pouls faible à 110.

L'auscultation révèle des ronchus sonores et sibilants dans les deux poumons, mêlés à des bulles de râles muqueux. Looch, huil. calm. 2 past. Ipéca. Vésicatoire à la partie postérieure du thorax.

Le 29 et le 30, légers frissons le jour, suivis de chaleur

et de sueur, venant à intervalles irréguliers. Pot. fébrifuge opiacée. Même état de la poitrine. Pot. avec acétate ammoniaq. et sp. opium.

Le 31 au soir, douleur plus vive au côté droit; respiration courte et gênée; pouls à 112, faible, dépressible; râle sous-crépitant dans le tiers inférieur et postérieur du poumon droit : résonnance vocale marquée : pas de souffle bronchique, d'égophonie, ni de matité relative en ce point. Râles muqueux dans le poumon gauche, expectoration peu abondante de crachats visqueux, blanchâtres, mêlés de stries sanguines. Un vésicatoire est appliqué sur le côté affecté.

1er février. La douleur et l'oppression n'ont pas augmenté pendant la nuit; râle sous-crépitant, souffle tubaire, bronchophonie dans le tiers inférieur du poumon droit : dans les points où s'entend le souffle bronchique, on perçoit une respiration amphorique douteuse, existant seulement dans les fortes respirations. La voix présente aussi à un faible degré le timbre amphorique. La sonorité n'est pas diminuée dans tout le côté, la vibration est la même qu'à l'état normal.

2 février. Même état général; le pouls est à 112, faible, dépressible, l'oppression est médiocre, la douleur presque nulle : le bruit vésiculaire ne s'entend nulle part, mais la respiration et la voix amphoriques sont parfaitement distinctes dans toute la partie droite de la poitrine en arrière; il n'y a pas de tintement métallique : la succussion hippocratique ne produit point le bruit de flot. La sonorité est tympanique dans tout le côté malade qui est sensiblement développé; les espaces intercostaux sont bombés et élargis. Le poumon gauche, ausculté avec le plus grand soin, ne présente aucun signe de tuberculisation.

3 février. La sonorité s'est étendue à la partie latérale et antérieure; mais au niveau du quart inférieur du poumon droit, on trouve une matité relative très-prononcée : on n'entend pas d'égophonie en ce point. La malade est de plus en plus affaissée, les mouvements inspiratoires sont

faibles et courts, sans angoisse ; la douleur est nulle, l'expectoration très-peu abondante, et seulement muqueuse.

Le 4 et le 5. Matité plus étendue en arrière : absence de tintement métallique, et de bruit de flot : diarrhée abondante, fièvre hectique. Les symptômes précédents persistent jusqu'à la veille de la mort ; la faiblesse augmente chaque jour, la malade est très-souvent assoupie : elle n'accuse pas de douleur, à peine de l'oppression.

Le 10, la respiration est plus gênée, fréquente, anxieuse : les extrémités, les lèvres, la face sont violettes ; la malade succombe enfin le 11 février, avec tous les symptômes d'une asphyxie lente.

Autopsie 40 heures après la mort, le cadavre ne présentant aucun signe de putréfaction.

La thoracenthèse pratiquée à la partie supérieure et latérale de la poitrine permet de recueillir dans une vessie adaptée à la canule du trocart, une quantité de gaz qu'on peut évaluer à un litre et demi. Ce gaz dégage une odeur d'hydrogène sulfuré très-prononcée ; dirigé dans une dissolution d'acétate de plomb, il donne un précipité noir ; il colore également en noir la canule en argent de l'instrument : il trouble l'eau de chaux, mais pas assez promptement pour faire croire que le gaz soit presque entièrement formé d'acide carbonique. A l'ouverture du thorax, il s'écoule environ deux litres d'un liquide constitué par une faible quantité de sérosité citrine, tenant en suspension une matière mucoso-purulente en masses nummulaires, qui représente assez bien l'expectoration des phthisiques, et qui forme les deux tiers de l'épanchement : ces masses arrondies sont en partie blanchâtres, en partie jaunes et rouillées, nulle part brunes ou sanieuses. Ce liquide est enfermé entre les deux plèvres parfaitement libres de toute adhérence, et recouvertes d'une pseudo-membrane jaune-clair, épaisse, surtout dans le cul-de-sac inférieur, où du pus parfaitement homogène constitue seul l'épanchement : cet enduit se détache en grattant légèrement avec le

scalpel, et présente dans une grande étendue, principalement sur la plèvre costale, une teinte légèrement brune, due peut-être à l'action du gaz hydrogène sulfuré.

En quelques points, l'on trouve de petites plaques noires, arrondies, de la grandeur d'une lentille, enchâssées dans la séreuse, de consistance fibreuse; elles sont au nombre de trois : deux à la partie moyenne et latérale de la plèvre costale, une autre à la partie supérieure et interne de la plèvre pulmonaire : elles sont très-adhérentes et paraissent n'avoir excité autour d'elles aucun travail d'élimination; elles n'ont pas non plus l'apparence sèche d'une escharre gangréneuse. Le poumon, réduit à une lame très-mince, si ce n'est dans l'espace correspondant à l'angle costo-vertébral, est appliqué contre le rachis. On y voit, à la partie postérieure, devenue externe, deux ouvertures circulaires, pouvant admettre une sonde de femme, à bords minces et lisses, situées l'une au-dessus de l'autre, à la partie supérieure du lobe inférieur. Un trajet très-court, oblique de bas en haut et d'arrière en avant, conduit à une cavité qui pourrait loger un œuf de poule, et dont la paroi, lisse et régulière, est formée par du tissu hépatisé au second degré, nullement infiltré de pus, ni recouvert d'une fausse membrane. Cette cavité ne contient aucun liquide : elle présente l'orifice de trois rameaux bronchiques, à section très-nette et dont la muqueuse est à peine injectée; on amène, en raclant les parois, un liquide clair, légèrement rougeâtre, d'une odeur d'hydrogène sulfuré, mais qui ne rappelle nullement l'odeur caractéristique de la gangrène.

Une couche de tissu hépatisé, d'un centimètre d'épaisseur, violacé, à déchirure grenue, entoure cette cavité, et forme comme un noyau parfaitement distinct par sa consistance, du tissu voisin. Au-delà de cette zône, et dans tout le reste du poumon, le parenchyme comprimé est verdâtre, dense, mais surnage à l'eau. Nulle part, on ne trouve la moindre trace de tubercules : la plèvre gauche contient une sérosité limpide, très-abondante; elle est injectée, mais non recouverte de fausses membranes; le poumon

gauche, un peu affaissé, est engoué à la base, il est complétement exempt de matières tuberculeuses. Tous les organes voisins, thoraciques et abdominaux, sont écartés de leur position normale : le cœur, surtout, se trouve placé dans la partie la plus externe du côté gauche, et est refoulé d'arrière en avant, contre le thorax, par l'épanchement de ce côté. Le diaphragme, revêtu de la plèvre, forme, à droite, une poche, remplie du liquide de l'épanchement, qui descend fort bas derrière le foie, et le déforme complétement. Le foie, très-volumineux, est pâle, de couleur fauve, piqueté de points rouges; sa consistance est diminuée, les doigts pénètrent facilement dans son tissu ; sa pesanteur spécifique n'a pas sensiblement changée : cette dégénération affecte toute l'étendue du parenchyme ; de plus, il présente l'état graisseux à un degré tel, qu'en le coupant, la lame du scalpel se recouvre d'une couche de matière suiffeuse, d'une ligne au moins d'épaisseur.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

Quelle est la nature de la lésion qui a donné lieu à l'excavation, et, plus tard, à la perforation du parenchyme pulmonaire ? Les circonstances qui ont précédé le début de la maladie, l'état cachectique du sujet, s'accorderaient très-bien avec la présomption d'une gangrène circonscrite du poumon, à l'état d'excavation formée par le ramollissement complet, et l'évacuation de la matière gangrénée. Mais, dans les foyers gangréneux, la cavité est habituellement anfractueuse, irrégulière ; les parois, noirâtres ou verdâtres, sont tapissées de débris putrilagineux, provenant de l'élimination de l'escharre. Des débris du bourbillon, des lambeaux gangrénés, une sanie noirâtre, d'une horrible fétidité, se retrouvent dans le liquide épanché ; la lésion est ordinairement multiple ou plus étendue. Or, ces caractères, l'odeur spéciale de la gangrène surtout, ont fait complétement défaut, et leur absence doit faire naître des doutes sur la nature gangréneuse du foyer.

D'une autre part, l'existence de cette excavation dans

le lobe inférieur, alors que les sommets et les parties restées saines ne présentent aucune trace de tubercules, la nature du noyau d'hépatisation, dans lequel s'est développée la cavité, excluent l'idée d'un ramollissement tuberculeux.

La supposition d'une hémorrhagie pulmonaire en foyer, n'est guère plus probable.

Nous trouvons décrite, dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez surtout, une forme de la broncho-pneumonie des enfants, la pneumonie lobulaire ou mamelonnée, dont les caractères anatomiques présentent, avec ceux que nous avons sous les yeux, une analogie remarquable.

« Les abcès du poumon, disent-ils, appartiennent, presque exclusivement, à la pneumonie lobulaire..... Ces abcès se forment au centre d'un noyau d'hépatisation mamelonné, entouré d'un tissu parfaitement sain.... Ils ont, en général, une assez grande tendance à s'approcher de la surface de l'organe,..... et si une inflammation adhésive ne vient pas unir les plèvres, il y a pneumothorax. Dans ce cas, la poche est entièrement vide. Cette terminaison de la pneumonie, ajoutent-ils, est loin d'être rare; et, chez deux de leurs malades, il y a eu complication de pneumo-thorax. »

La forme symptomatologique permet aussi de faire les mêmes rapprochements : la douleur manque presque constamment, ou bien elle est diffuse et peu intense; l'expectoration est nulle ou catharrale. « Le mouvement fébrile, disent les mêmes auteurs, n'est presque jamais réactionnel, il prend quelquefois le cachet hectique.... Le type de la fièvre se rapproche souvent du type rémittent et même intermittent. » Ils insistent particulièrement sur ce point, et, chez notre malade, cette rémittence a été assez sensible, pour qu'on ait cru devoir donner, à deux reprises, le sulfate de quinine.

Une objection sérieuse pourrait être élevée au sujet de la rareté de cette forme de la pneumonie, dans l'âge adulte : très-fréquente chez les enfants d'un à cinq ans, cette affection est, en effet, d'autant plus rare, que les individus avancent davantage dans la vie.

Cependant, « dans les pneumonies secondaires, dit M. Chomel, c'est principalement la forme lobulaire que l'on rencontre surtout chez l'adulte. » Or, dans le cas actuel, la faiblesse excessive du sujet, la préexistence d'un catarrhe bronchique général, le décubitus prolongé, étaient autant de prédispositions à ce qu'une inflammation secondaire du poumon se développât, sous l'influence d'une cause en apparence insignifiante. Et, telle était la faiblesse de la réaction, que l'introduction des liquides du foyer dans la plèvre, que la pleurésie suraiguë consécutive, n'ont excité ni douleur très-vive, ni anxiété, ni gêne extrême de la respiration, symptômes presque constants de l'invasion du pneumo-thorax. Nous venons de dire pleurésie suraiguë consécutive, car nous ne croyons pas qu'il y ait lieu d'invoquer ici la préexistence d'une inflammation de la plèvre, qui, par un travail ulcératif de celle-ci vers le poumon, aurait produit ou contribué à produire la perforation de la paroi pulmonaire : l'auscultation, pratiquée presque tous les jours, n'eut pas manqué de donner les signes d'un épanchement pleurétique, s'il eût existé. Un fait qui concorde avec l'absence d'une gêne très-grande de la respiration, c'est qu'on a observé, au début, un souffle et une voix amphoriques très-obscurs, tenant sans doute à l'étroitesse de la fistule et à la petite quantité de gaz épanché : plus tard, cette fistule s'est agrandie; mais, déjà, le poumon avait été lentement comprimé, et la malade s'était peu à peu habituée à l'insuffisance de la respiration.

En dehors de l'appareil respiratoire, l'autopsie a révélé un fait intéressant qui porte sur un organe dont la pathologie n'est pas, à beaucoup près, aussi avancée que le mériterait son importance : le foie a présenté au plus haut degré les caractères assignés à l'état adipeux. Cette lésion, que l'on pourrait dire spéciale à la phthisie, affecte cependant une femme qui n'a présenté, nous le répétons, aucune trace de tubercules. Mais il est permis de faire entre la phthisie et le pneumo-thorax envisagés à un certain point de vue, des rapprochements qui semblent assez naturels : d'un côté, des masses tuberculeuses comprîment, si elles ne détruisent pas, le parenchyme pulmonaire, et diminuent

d'autant le champ de la respiration ; de l'autre, la présence d'un fluide liquide et aériforme dans les plèvres, affaisse les vésicules par une pression lente et énergique qui peut, comme dans le fait actuel, rendre le poumon tout entier imperméable à l'air. Or, dans les deux cas, le sang ne subit plus dans les poumons les modifications ordinaires; moins oxygéné, il ne suffit plus pour comburer les principes hydro-carbonés de la graisse amenés dans le foie par le système de la veine-porte, et cette cause étant constante, l'accumulation de la graisse deviendra bientôt considérable. Mais, chez les phthisiques, ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que cette altération a lieu, tandis que notre malade a été exposée pendant 12 jours seulement à ces conditions physiologiques. Faudrait-il admettre avec M. Louis, une forme aiguë de cette transformation du foie, en rapport d'ailleurs avec l'asphyxie lente produite par la compression d'un des poumons par le pneumo-thorax, de l'autre par l'épanchement pleurétique, du cœur enfin par ces deux causes à la fois? ou bien, faut-il prétendre, comme M. Bonnet, que l'inflammation suraiguë de la plèvre diaphragmatique s'est propagée au foie, et que la dégénération graisseuse n'est qu'une terminaison de l'hépatite? Nous n'invoquerons pas davantage les autres hypothèses imaginées pour expliquer les corrélations qui existent entre les maladies chroniques du poumon et la production de l'état gras du foie, cet organe appelé par certains physiologistes, le poumon de l'abdomen. Remarquons seulement que le sujet de l'observation est une femme ; or, dit M. Louis, les femmes sont plus exposées que les hommes à cette transformation graisseuse, dans le rapport de 4 à 1.

Terminons cette note trop longue déjà, en rappelant que le bruit de flot et le tintement métallique ont manqué, alors que se trouvaient réunies toutes les circonstances propres à favoriser leur développement. A l'égard du bruit de flot, cependant, il convient de dire que l'on n'a imprimé à la malade que de légères secousses, l'état de faiblesse du sujet s'opposant à ce qu'on usât plus vivement d'un moyen qui, dans certaines circonstances, a quelque chose de brutal et de répugnant.

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE.

BULLETIN DES SÉANCES.

Séance du 11 *mai* 1855.

PRÉSIDENCE DE M. LETENNEUR.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La Section de Médecine a reçu une lettre de M. Bertulus, de Marseille, en réponse au rapport de M. Malherbe,

sur son mémoire intitulé : *De l'influence de l'éclairage au gaz sur la santé publique.*

Dans cette lettre, M. Bertulus s'applique à faire ressortir les différences que présentent, dans leur action sur l'organisme, les gaz acide sulfhydrique et oxyde de carbone. Il paraît mettre en doute l'action véritablement délétère de ce dernier et reproche à la Commission de lui avoir attribué des effets aussi nuisibles qu'à l'acide sulfhydrique.

Après cette lecture, M. Malherbe demande la parole et s'exprime ainsi :

« M. Bertulus attaque une des conclusions de la Commission, ainsi conçue :

« Les qualités nuisibles du gaz oxyde de carbone sont, *pour le moins*, aussi prononcées que celles de l'acide sulfhydrique, et nous regrettons que M. Bertulus n'ait pas recherché la part qu'il a pu avoir dans la production des accidents observés à Marseille. »

» L'expression *pour le moins* est assurément la seule, dans cette phrase, dont la justesse puisse être légitimement contestée, et, en la remplaçant par celle-ci : *presque aussi prononcées*, etc., nous ne voyons pas quelle objection on pourrait nous faire. C'est à tort que M. Bertulus accuse la Commission d'avoir attribué à l'oxyde de carbone les mêmes propriétés qu'à l'acide sulfhydrique, aucun de ses membres n'a jamais eu cette pensée ; mais elle a établi et croit devoir maintenir que le gaz oxyde de carbone possède une action délétère indépendante de son action mécanique ; sans quoi, il ne serait pas plus nuisible que l'acide carbonique, que l'hydrogène pur, que l'azote, qu'on a pu introduire à très-forte dose dans des atmosphères artificielles sans troubler notablement la respiration des animaux sur lesquels on expérimentait, tandis qu'un centième ou un demi-centième de gaz oxyde de carbone suffisait pour donner la mort.

» L'espèce d'innocuité que M. Bertulus attribue à l'oxyde de carbone n'est point démontrée par le passage sur lequel il s'appuie, puisque l'auteur cité reconnaît à ce gaz une influence sur le système nerveux.

» Remarquons, en passant, que les recherches attribuées ici à Orfila sont dues à Nysten.

» L'observation suivante, citée dans notre rapport, prouve assez bien que les effets de ce gaz ne se dissipent pas toujours avec rapidité : Un ouvrier robuste et intelligent respira du gaz sortant par la soupape d'un gazomètre ; il fut renversé. Malgré les soins qu'on lui donna, il éprouva un malaise continuel, avec extrême agitation et besoin incessant de se mouvoir. Au bout de quelques mois, il devint fou et mourut dans cet état deux ans après.

» Nous ajouterons qu'on ne connaît pas les effets de la respiration, longtemps continuée, de très-faibles doses d'oxyde de carbone ; mais, ce qu'on sait très-bien, c'est que le gaz de houille en contient une proportion moyenne de 7 °/₀, et que les moyens d'épuration n'ont aucune prise sur lui, tandis qu'ils peuvent, quand ils sont bien appliqués, faire disparaître à peu près complétement les composés sulfureux.

» La Commission avait donc raison de se préoccuper de l'existence de l'oxyde de carbone, dans le gaz pour l'éclairage, et d'exprimer le désir qu'on étudiât son action sur la santé de ceux qui le respirent accidentellement.

» Pour ce qui est de l'hydrogène sulfuré, nous n'avons nullement cherché à infirmer ce que M. Bertulus dit de ses effets fâcheux ; seulement, nous persistons à penser que c'est conclure prématurément que de prétendre que ce gaz est la seule cause de la nocuité des miasmes, et qu'à lui seul doit être attribué le développement de tous les typhus. Nous gardons cette manière de penser, même après la lecture de l'intéressante observation rapportée dans la lettre de M. Bertulus. »

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Mahot, pour la lecture d'observations cliniques. (1)

M. Malherbe lit ensuite une observation d'abcès de la rate. (2)

---

(1) Voir page 117.
(2) Voir le numéro précédent.

Séance du 15 *juin* 1855.

PRÉSIDENCE DE M. LETENNEUR.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. Marcé lit la dernière partie de son travail sur la *Séméiologie des fièvres intermittentes.* (1)

Cette lecture donne lieu aux réflexions suivantes :

M. Aubinais trouve le travail de M. Marcé entièrement neuf et original ; il est disposé à lui donner pour cela de grands éloges. Il craint, toutefois, que ces détails minutieux d'anatomie pathologique ne fassent perdre de vue le génie de la maladie, l'intoxication paludéenne. Il craint aussi qu'en fixant trop son attention sur les lésions locales, on ne soit conduit à leur opposer une médication trop active et à négliger l'administration du quinquina, qui doit toujours constituer la partie principale du traitement. Pour lui, dans les cas très-nombreux de fièvres intermittentes qu'il a eu occasion de traiter, il ne s'est jamais préoccupé des complications ; le sulfate de quinine a toujours fait justice de tous les symptômes. Il constate à regret, dans ces recherches minutieuses d'anatomie pathologique, le défaut de grandes vues philosophiques. Il est peu partisan, en général, des recherches nécroscopiques ; il craint que, dans ces recherches, on ne prenne quelquefois pour des lésions morbides, des altérations purement cadavériques.

M. Marcé répond qu'il n'est pas de l'avis de M. Aubinais et que les recherches anatomiques peuvent être très-fécondes en pensées philosophiques. Ainsi, M. Cruveilhier, comme il vient de le dire, ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu qui était resté pâle et oppressé, à la suite de fièvres paludéennes, découvrit des traces d'inflammation rayonnant de la partie supérieure de la rate, à travers le diaphragme, aux organes de la poi-

---

(1) Voir page 125.

trine situés immédiatement au-dessus. M. Marcé pense que cette voie ouverte par M. Cruveilhier peut être féconde en indications thérapeutiques. Pour lui, ayant eu à traiter des sujets affectés de cachexie paludéenne, combattue inutilement par le sulfate de quinine, il fut conduit, par la circonstance de l'oppression et du sentiment de gêne accusé dans la région cardio-splénique, à attaquer localement la maladie locale par des vésicatoires et des applications stibiées, et il fut assez heureux pour obtenir une guérison demandée en vain jusque-là aux préparations de quinquina.

M. Hélie a soigné pendant plusieurs mois, à l'hôpital, le malade Guéard, dont M. Marcé nous a parlé dans son mémoire. Il constata, en effet, chez ce malade, une hypertrophie de la rate vraiment énorme ; le cœur était soulevé et le battement de la pointe avait lieu très-haut. Les bruits du cœur étaient éclatants comme chez les chlorotiques. Le sujet paraissait profondément anémique. Il disait avoir eu une dysenterie longtemps prolongée, mais point d'accès de fièvre intermittente. Il eut des hémorrhagies par diverses voies : des épistaxis, des hématémèses et des hémorrhagies intestinales (ce qu'il prenait sans doute pour une dysenterie). Le sang était évidemment altéré.

Dans l'autopsie, on constata, comme l'a dit M. Marcé, que la rate, appuyée en bas sur la fosse iliaque, avait forcé la pointe du cœur à remonter. Chez ce malade, le déplacement du cœur était bien dû évidemment à cette énorme hypertrophie de la rate.

Mais, en est-il ainsi dans tous les cas où la rate se gonfle?

M. Hélie ne le pense pas ; il est extrêmement rare, dit-il, que la rate vienne ainsi prendre un point d'appui solide à la partie inférieure de l'abdomen, et, dépourvue de ce point d'appui, il lui est impossible de faire remonter le cœur.

Le silence des auteurs, à cet égard, doit faire voir à M. Marcé que cet effet doit être bien rare, puisqu'il n'a jamais été constaté dans les autopsies.

Chez beaucoup de malades affectés de cachexie paludéenne, les bruits du cœur peuvent être entendus plus haut qu'à l'état normal; c'est que ces bruits sont devenus très-éclatants, ils peuvent souvent, comme chez certaines chlorotiques, être entendus à distance. En raison de cette circonstance, M. Marcé aura confondu peut-être les bruits avec le choc qui, lui, n'est pas fort. Comme les bruits du cœur s'entendent dans une étendue considérable, il est facile de se figurer leur maximum d'intensité plus haut qu'il ne l'est réellement.

M. Hélie a vu, dernièrement, plusieurs enfants affectés de cachexie paludéenne : chez un seul, la rate était développée ; chez tous, cependant, les bruits du cœur s'entendaient dans une très-grande étendue.

La rate, à l'état normal, n'est pas située sur un plan antérieur à celui du cœur, mais bien sur un plan postérieur ; il paraît, d'après cela, fort difficile de comprendre comment, en se tuméfiant, elle pourrait rejeter la pointe du cœur en arrière. La rate est également située plus à gauche que le cœur, elle devrait donc, par son gonflement, repousser la pointe du cœur du côté droit plutôt que du côté gauche.

M. Malherbe a trouvé le travail de M. Marcé très-intéressant, sous plus d'un rapport. Contrairement à ce qu'a dit M. Aubinais, ce travail lui paraît offrir de l'intérêt, même au point de vue philosophique. Quand on étudie les diathèses, il faut tenir compte de toutes les lésions locales qui peuvent se produire sous leur influence. Dans les fièvres intermittentes simples, de date récente, on n'a pas à s'occuper, il est vrai, des lésions locales; elles ne sont que passagères et disparaissent avec la fièvre. Mais, dans les cas chroniques, c'est tout différent. On aura alors à traiter les lésions développées sous l'influence de la diathèse paludéenne, lésions qui sont devenues permanentes et qui, souvent, à leur tour, entretiennent la fièvre. C'est là de bonne philosophie médicale.

Quant aux déplacements mécaniques du cœur, ils se développent sous des influences diverses et la rate, sans

aller s'arcbouter sur la fosse iliaque, peut, elle aussi, les produire par sa tuméfaction considérable. La rate, il est vrai, n'est pas la cause la plus ordinaire des déplacements du cœur, qu'on observe dans la cachexie paludéenne. L'état d'atonie dans lequel sont tombés les organes digestifs détermine l'accumulation des gaz dans l'estomac; cet organe, ainsi distendu, presse, à travers le diaphragme, sur la pointe du cœur et la rejette souvent à plusieurs centimètres en dehors du mamelon.

M. Thibeaud fait quelques réflexions sur l'étiologie des hydropisies, qui surviennent à la suite de l'intoxication paludéenne. Il a vu des enfants qui présentaient un gonflement vraiment énorme de la rate, et qui, cependant, n'étaient point affectés d'hydropisie. Il a observé, d'un autre côté, des hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes, sans tuméfaction de la rate. Ce ne pouvait donc pas être le déplacement du cœur par la rate qui avait causé ces hydropisies.

M. Thibeaud trouve très-utiles les recherches d'anatomie pathologique, mais il veut que l'anatomie reste à sa place. Les faits de déplacements du cœur, par la tuméfaction de la rate, sont-ils positifs? Pour lui, il n'est pas disposé à le croire. Il pense que les hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes sont dues à l'altération du sang, survenue par suite de l'influence prolongée des miasmes paludéens sur la nutrition.

M. Marcé ne pense pas et n'a pas pu dire que ce soit toujours l'état du cœur qui produise, dans ce cas, l'hydropisie. Il a dit seulement que lorsque cet état morbide du cœur existe, il y a là un élément de plus, qui peut avoir sa part dans la production de l'hydropisie.

Comme M. Malherbe, il pense, contrairement à M. Hélie, que la rate peut soulever la pointe du cœur sans s'arcbouter au bas de l'abdomen. Il a constaté ce refoulement du cœur chez presque tous les malades de l'épidémie de La Divate, dont il a parlé. D'ailleurs, il n'a point confondu, comme l'a supposé M. Hélie, les bruits et le choc du

cœur; le choc, comme les bruits, tout était situé plus haut que dans l'état normal.

M. Marcé a fait, sur le vivant, une expérience qui lui paraît concluante; il a, chez des enfants, refoulé la rate avec la main vers la poitrine, et, de suite, il a constaté, en présence d'élèves qui l'ont vu comme lui, que la pointe du cœur était aussitôt remontée et venait battre dans l'espace intercostal situé au-dessus de celui où ses battements se faisaient sentir avant l'expérience.

M. Marcé ajoute, pour répondre à ce qu'a dit M. Thibeaud, qu'il croit avoir observé que, chez les enfants, les hydropisies surviennent moins souvent que chez les adultes, à la suite des engorgements spléniques. Chez eux, la rate, en se tuméfiant, paraît se porter beaucoup plus en bas qu'en haut, ce qui peut tenir à une résistance moins grande des parois abdominales.

Il pense, du reste, que lorsque l'engorgement de la rate est rapide, cet organe remonte davantage vers la poitrine; quand, au contraire, l'hypertrophie de l'organe est lente et progressive, les ligaments tiraillés cèdent peu à peu et la rate se porte principalement en bas.

M. Malherbe dit que bien certainement les altérations du sang peuvent produire des hydropisies, mais que, dans ces circonstances, il faut reconnaître, en outre, l'existence de troubles fonctionnels du cœur. Dans les cachexies, en effet, tous les organes sont dans un état d'atonie et de relâchement; le cœur participe à ce défaut de tonicité, qui amène une dilatation passagère de ses cavités, dilatation qui pourra devenir plus tard permanente. Il se produit par là une sorte d'insuffisance valvulaire, qui pourra bien être pour quelque chose dans la production de l'hydropisie. Le développement de l'hydropisie, dans les maladies du cœur, est souvent peu en rapport avec la gravité des lésions cardiaques. M. Beau a dit que pour qu'elle se produise, il est nécessaire qu'il y ait un défaut de proportion entre l'obstacle et la force qui doit le vaincre. Quand les cavités du cœur ont perdu leur force contractile, une alté-

ration très-légère peut alors être suffisante pour faire naître l'hydropisie.

M. Trastour pense que tous les faits d'observation sont importants à considérer, mais qu'il faut tâcher de les interpréter d'une manière convenable. Dans l'intoxication paludéenne, on constate, d'une part, une altération du sang consistant en une diminution des globules, de l'albumine, etc.; et, d'une autre part, une tuméfaction de la rate. Les troubles cardiaques sur lesquels M. Marcé vient d'attirer notre attention, sont un troisième fait qu'il faut admettre, mais quelle signification lui donner? Devra-t-on attribuer les troubles observés dans les fonctions du cœur à l'intoxication du sang ou bien à l'engorgement de la rate? Peut-être à l'un et à l'autre. Nous croyons cependant, dit M. Trastour, que l'altération du sang doit avoir la plus grande part dans la production des bruits anormaux du cœur.

M. Hélie a cru trouver, dans la position normale de la rate, une impossibilité pour ce viscère de repousser la pointe du cœur en arrière; mais il faut remarquer que la rate, en se tuméfiant, ne garde pas sa situation normale, elle se porte en avant dans l'abdomen et quelquefois jusqu'à l'ombilic. Elle ne se trouve plus alors sur un plan postérieur à celui du cœur.

Il ne faut pas croire non plus que, sans point d'appui solide à sa partie inférieure, la rate ne puisse pas dévier le cœur en haut et à gauche. Il a été démontré dernièrement que le diaphragme pouvait, dans certaines circonstances, trouver, dans les viscères abdominaux, un point d'appui suffisant pour abaisser les côtes. La rate peut s'appuyer ainsi sur les autres viscères de l'abdomen et soulever la pointe du cœur. Cet effet a lieu, sans doute, dans ces cas où l'on constate une tuméfaction considérable de la région gauche de l'abdomen, sans que cependant la rate soit beaucoup descendue au-dessous des côtes.

M. Marcé a parlé d'inflammations subaiguës de la portion du péricarde la plus voisine de la rate; j'ai observé, dit M. Trastour, dans l'autopsie d'un militaire, qui avait con-

tracté en Afrique la cachexie paludéenne, des traces d'inflammation à la partie supérieure de la rate. Cette inflammation pourrait fort bien, dans certains cas, se communiquer, même à travers le diaphragme, à la portion voisine du péricarde. Voilà pour les faits; mais la péricardite est-elle à redouter dans les fièvres intermittentes? M. Trastour ne le pense pas. Il faut se garder d'être exclusif, dit-il en terminant. Le quinquina a été trop considéré comme le seul médicament fébrifuge. On voit cependant très-souvent des individus, traités longtemps sans succès par les préparations kiniques, débarrassés tout-à-coup de leur fièvre par un traitement en apparence insignifiant, quelquefois même sans qu'aucune médication ait été mise en usage. M. Fleury a réussi à prouver qu'on peut aussi guérir la fièvre par les douches d'eau froide sur la région splénique. La guérison n'a pas lieu, sans doute, parce que ce traitement détermine la réduction du volume de la rate, mais bien plutôt parce qu'il exerce sur l'organisme une action tonique et reconstitutive.

M. Leborgne veut, avant tout, que, dans cette question, les détails ne fassent pas perdre de vue l'ensemble. Dans une fièvre d'accès, on peut observer, il est vrai, des symptômes nombreux du côté du cerveau, des poumons, de la rate, etc. Mais à quoi bon se préoccuper de toutes ces lésions passagères? Le quinquina, administré convenablement, saura faire justice de tout. M. Marcé a bien observé, sans doute, et bien constaté les faits qu'il nous a exposés, mais, dit en terminant M. Leborgne, il me paraît avoir attaché trop d'importance à ces détails.

Le Secrétaire,

L.-F. Champenois.

OBSERVATIONS cliniques, par M. MAHOT, *docteur-médecin.*

Observation Ire. — Rétention d'urine. — Tumeur de la prostate.

Lorsque, dans le mois d'août 1854, je fus chargé, par l'Administration des hôpitaux, du service des hommes dans l'hospice Saint-Jacques, je trouvai, au n° 21 de la salle Saint-Clair, un vieillard nommé Mabit, âgé de 70 à 75 ans, atteint d'une bronchite chronique.

Ce malade était à l'infirmerie depuis longtemps; de temps à autre, la toux et surtout l'oppression devenaient plus prononcées. Il n'était soumis à aucun traitement actif.

Pendant les mois de septembre et d'octobre, l'état du malade resta à peu près le même; vers la fin d'octobre, Mabit éprouva une augmentation de bronchite et d'oppression, semblables à celles auxquelles il était sujet.

On trouvait, à l'auscultation, des râles sibilants dans la partie supérieure du thorax, et des râles muqueux en bas.

Vers le milieu du mois, le malade fut pris de rétention d'urine; il n'avait jamais, jusque-là, accusé la moindre difficulté d'uriner.

Pas de douleurs ni dans l'hypogastre ni dans le canal de l'urètre.

Nous trouvons, le matin, un globe très-dur et très-volumineux dans la région de la vessie.

Une très-grosse sonde de Mayor, courbure Gély, y pénètre presque seule très-facilement.

L'urine, alors, est lancée par un jet assez fort.

Ne connaissant pas cette circonstance, parce que le cathétérisme n'eut pas lieu en ma présence, je considérai le malade comme atteint d'une rétention d'urine par pa-

ralysie de la vessie, et je le soumis à l'action de la noix vomique, du 18 novembre au 26. Aucun résultat ne fut obtenu.

Les urines, d'abord limpides, devinrent plus tard troubles et rouges.

Les symptômes de bronchite persistèrent et s'aggravèrent.

Le facies du malade s'altéra.

Le 5 décembre au soir, frisson prolongé, nuit fort agitée.

Le 6 décembre, pouls très-accéléré.

Le 7, léger frisson le matin, l'accélération du pouls est toujours très-grande ; urines troubles et très-chargées.

Jusqu'à la mort de Mabit, qui eut lieu le 8 ou le 9 décembre, la rétention d'urine persiste. On sonde le malade matin et soir, et toujours l'instrument étant introduit avec la plus grande facilité, l'urine est lancée par un jet puissant.

Depuis les derniers jours de novembre, le malade s'était plaint d'une douleur vive dans l'articulation de la mâchoire inférieure.

Autopsie.

Cerveau un peu diminué de volume, ne remplissant pas la dure-mère, membranes infiltrées, opaques et non adhérentes sur la convexité des hémisphères.

Substance cérébrale, bonne consistance, pas d'injection.

Le lobe supérieur du poumon gauche est sain, un peu emphysémateux dans sa partie antérieure.

Engouement, et même, par endroits, hépatisation au deuxième degré de la partie postérieure du lobe inférieur.

A droite, œdème du lobe supérieur qui laisse écouler, à l'incision, une sérosité spumeuse, blanchâtre, abondante.

Le lobe inférieur, bien volumineux, est engoué et hépatisé dans sa partie postérieure.

Le cœur est augmenté de volumé gros comme deux fois le poing du sujet.

Quelques plaques blanches sur le péricarde. Adhérences anciennes, filamenteuses, de la pointe du cœur au péricarde pariétal.

Le ventricule droit et l'oreillette sont distendus par du sang cruorique et des caillots fibrineux.

La capacité du ventricule gauche est augmentée, ses parois ne paraissent pas avoir plus d'épaisseur qu'à l'état normal.

Les valvules du cœur droit sont saines.

La valvule mitrale est un peu épaisse.

Le bord adhérent des valvules aortiques est ossifié.

Le foie est sain. La vésicule biliaire renferme une grande quantité de bile épaisse comme du sirop.

La rate a son volume normal, sa consistance est diminuée.

Le rein droit est un peu plus volumineux et plus arrondi que le gauche.

On trouve, en le coupant, dans son parenchyme, un grand nombre de petits abcès contenant un pus jaune et bien lié.

Ces abcès sont, en général, gros comme des pois ronds. La plus grande partie a son siége dans la substance tubuleuse.

Le tissu du rein, en général, me paraît plus mou qu'à l'ordinaire.

Dans le rein gauche, on ne trouve qu'un ou deux petits abcès.

Il existe, en outre, à la surface des reins, de nombreux kystes d'un volume très-variable, depuis celui d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'une noisette. Ces kystes contiennent un liquide transparent de la consistance d'une solution de gomme un peu épaisse.

La vessie offre le volume du poing. Ses parois sont épaissies.

La muqueuse qui la tapisse présente une coloration noirâtre.

Elle contient une petite quantité d'urines troubles d'une odeur ammoniacale.

La prostate est hypertrophiée; elle entoure tout le col de la vessie et présente même en avant une épaisseur considérable.

Son lobe moyen, constituant ce que l'on a appelé la luette vésicale, a acquis un volume remarquable; il forme une tumeur allongée et conique que, pour la forme, on peut comparer à une poire allongée ou à un battant de sonnette.

L'extrémité pointue du lobe est tournée vers le canal de l'urètre.

La tumeur offre une certaine mobilité.

L'articulation gauche de la mâchoire contient du pus en quantité notable.

On conçoit facilement comment la tumeur qui vient d'être décrite mettait obstacle à la sortie des urines. Lorsque la vessie se contractait, la tumeur s'enfonçait par son extrémité pointue dans l'orifice vésical du canal de l'urètre et l'obstruait d'autant plus complètement que le malade faisait plus d'efforts pour uriner.

Une circonstance remarquable de cette observation, c'est la facilité du cathétérisme. Les plus grosses sondes pénétraient pour ainsi dire d'elles-mêmes dans la vessie.

Il n'en est pas ainsi généralement dans l'hypertrophie de la prostate, les tuméfactions de cette glande ont presque toujours pour effet de dévier ou de rétrécir le canal de l'urètre, de manière à rendre l'introduction des sondes dans la vessie très-difficile.

Il résultait de cette facilité de cathétérisme et de la manière soudaine dont s'étaient développés les accidents, qu'il était fort difficile de diagnostiquer chez Mabit une maladie de la prostate comme cause de la rétention d'urine.

On était tout naturellement porté à voir, dans ce cas, une rétention d'urine par paralysie de la vessie; cependant, une circonstance qui devait éloigner de ce diagnostic, c'était la force avec laquelle la vessie se vidait lorsque

la sonde, étant introduite, faisait disparaître l'obstacle qui s'opposait à la sortie des urines.

Le cathétérisme étant pratiqué après la visite par l'élève interne du service, qui ne me fit que plus tard cette remarque, je crus pendant quelque temps avoir à combattre une paralysie de la vessie, et j'eus recours à des moyens thérapeutiques qui ne pouvaient nécessairement avoir aucun résultat avantageux.

L'observation de Mabit est un exemple de ces cas si nombreux dans lesquels une lésion peut se développer lentement et acquérir des proportions considérables, sans donner signe de son existence.

Mabit ne s'était jamais plaint d'éprouver aucune difficulté d'uriner ni de sentir aucune douleur dans la région de la vessie.

Tout à coup, sans cause connue, survient cette rétention d'urine complète qui persiste alors jusqu'à la mort du malade.

L'urine fut d'abord parfaitement claire et limpide chez notre malade, puis, elle s'altéra et devint trouble et boueuse ; ce résultat morbide dépendit évidemment des troubles que le séjour prolongé de l'urine dans la vessie amena et dans cet organe, et dans les organes secréteurs, les reins.

Il me paraît évident qu'il y eut chez Mabit, dans les derniers jours de sa vie, une résorption purulente à laquelle on attribuera, je pense, et les frissons très-caractéristiques qui eurent lieu et les abcès que nous rencontrâmes à l'autopsie dans les reins et dans l'articulation gauche de la mâchoire inférieure.

Enfin, Mabit mourut d'une pneumonie qui se développa et marcha d'une manière tout-à-fait latente, comme le faisaient la plupart des affections de ce genre qui ont été, cet hiver, très-fréquentes à l'hospice de Saint-Jacques et funestes à un si grand nombre de vieillards de l'établissement.

Observation IIe. — Cancer du Larynx.

Brelet, Pierre, âgé de 59 ans, entra le 6 décembre 1854 dans la salle Saint-Clair.

Brelet avait été reçu comme infirme à l'hospice, il y a 4 ans, en 1850, après avoir séjourné pendant plusieurs mois dans la succursale.

Il était alors atteint d'un gonflement énorme de toute l'extrémité inférieure droite. Le membre avait pris peu à peu des dimensions extraordinaires, comme s'il eût été atteint d'éléphantiasis. Il était induré comme dans le sclérème.

La peau n'avait pas changé de couleur. Il n'y avait pas eu de signes d'inflammation du derme; pas de tumeurs circonscrites. La peau était sèche. Le malade éprouvait, parfois, dans le membre, des douleurs assez vives. Pas de sensibilité notable à la pression. L'état général de la santé était bon.

On employa différents moyens pour combattre la maladie; ils ne parurent pas avoir d'effets bien sensibles. Peu à peu, avec le temps, le gonflement diminua et il finit par disparaître presque entièrement.

Le malade sortit des infirmeries; il allait et venait dans l'hospice, et je le perdis de vue.

Des renseignements que j'ai pris sur son compte m'ont appris que bien qu'il ne se trouvât pas assez malade pour entrer à l'infirmerie, il avait souvent la voix éteinte et enrouée. Il était facilement oppressé; il avait maigri peu à peu.

Enfin, ce fut seulement le 6 décembre qu'il entra à l'infirmerie et qu'il fut soumis à notre observation.

La première nuit, il ne se passa rien d'extraordinaire, et le 7 au matin, je trouvai le malade dans l'état suivant:

Figure amaigrie et pâle, altérée, respiration gênée, laryngienne. L'inspiration et l'expiration, surtout quand le malade parle, sont sifflantes, et ce sifflement offre les caractères de celui qu'on observe dans l'œdème de la glotte.

Lorsque le malade est tranquille, l'oppression n'est pas

très-prononcée. Il peut rester couché dans son lit. Il ne tousse pas beaucoup.

A l'auscultation, rien de bien notable; quelques râles muqueux.

Pas de matité.

Brelet ne se plaint pas de mal de gorge.

On trouve, sur le côté gauche du col et au niveau de l'angle de la mâchoire, une tumeur dure, grosse comme une pomme, adhérente au larynx et distincte de la glande parotide et de la glande sous-maxillaire.

Nous nous réservions d'examiner plus attentivement encore le malade; mais il mourut dans la soirée, à huit heures, presque tout à coup.

Autopsie.

La jambe droite n'est pas beaucoup plus volumineuse que la gauche. L'épiderme est un peu épaissi et écailleux.

Le tissu cellulaire sous-cutané est plus dense, plus dur à couper et grenu.

La tumeur du col est disséquée avec soin ; elle est indépendante de la parotide et de la glande sous-maxillaire.

Elle est située au niveau de l'angle de la mâchoire. La carotide et le nerf pneumogastrique traversent la tumeur. Le nerf est isolé avec attention, de même que la branche du laryngé supérieur. Ces nerfs paraissent sains et leur volume n'a pas diminué dans la tumeur.

Il en est de même du calibre de l'artère.

Le tissu de la tumeur est blanc, d'une consistance squirrheuse. Lorsqu'on le comprime, il en suinte un liquide blanc purulent.

La tumeur, grosse comme une petite pomme, arrondie, est adhérente à la partie latérale du larynx, dans la portion placée entre le thyroïde et l'os hyoïde.

Le larynx est enlevé avec la base de la langue.

Dans toute sa partie supérieure, la muqueuse est tuméfiée, végétante et tapissée par une sanie blanchâtre.

L'épiglotte est ramollie; lorsqu'on y touche, elle tombe en putrilage. Elle est relevée, adhérente, ne peut plus s'abaisser sur le larynx.

Les ligaments aryténo-épiglottiques ne sont plus reconnaissables.

Du côté droit du larynx, on voit encore le ventricule et la corde vocale inférieure.

Mais la corde vocale supérieure ne se voit plus; elle se perd dans le boursouflement de la muqueuse.

Du côté gauche, tout est confondu. On trouve, à la place du ventricule et des cordes vocales, une tumeur évidemment cancéreuse, analogue à ces végétations qu'on rencontre dans l'estomac cancéreux.

Avant que le larynx n'eût été incisé, on ne voit aucune ouverture en le regardant par la partie supérieure. L'orifice de la glotte paraît large comme un tuyau de plume à peu près, et encore est-il obstrué par des mucosités sanieuses.

Les poumons sont volumineux, surtout le droit.

Ils ne contiennent pas de tubercules.

Dans le lobe supérieur du poumon gauche, nous trouvons une bronche dilatée.

Les poumons sont engoués dans leur partie postérieure.

Le cœur est d'un volume moyen.

Rien dans les cavités droites.

Les valvules gauches sont saines.

On trouve, sur l'aorte, immédiatement au-dessus des valvules sygmoïdes, des espèces de végétations osseuses ou plutôt crétacées.

Le foie est sain.

La rate également.

SÉMÉIOLOGIE des fièvres intermittentes (Suite), *par* M. MARCÉ, *Médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes.*

IIe MÉMOIRE (1).

Après avoir démontré, dans un précédent mémoire, que dans tous les cas d'engorgement un peu considérable de la rate, le cœur est porté en haut et à gauche, nous avons pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt historique à nous enquérir de l'état actuel de la science sur ce point important de séméiologie.

Les auteurs que nous avons interrogés tout d'abord, ont été naturellement ceux qui, dans ces derniers temps, ont montré la part que les engorgements de la rate prennent habituellement à l'évolution des fièvres intermittentes.

Les ouvrages des Bailly, des Cruveilhier, des Piorry, se sont naturellement trouvés les premiers sous notre main ; nous les avons tous scrupuleusement compulsés, désireux que nous étions de savoir si les faits de séméiologie qui nous préoccupaient avaient été, par eux, remarqués et signalés comme des données propres à guider les observateurs dans l'appréciation séméiologique des fièvres d'accès.

Devons-nous ici le déclarer, nos recherches ne nous ont conduit à aucun résultat. Tout en tenant compte de la coïncidence habituelle des engorgements spléniques et des accès fébriles, ces auteurs sont muets ou à peu près sur les conséquences séméiologiques que ces engorgements (pour peu qu'ils atteignent certaines limites), ne manquent jamais d'exercer sur l'état local et fonctionnel du cœur.

Que dit, à cet égard, Bailly, dans son Traité des fièvres ? Dans les nombreuses autopsies qu'il rapporte, presque

(1) Voir 30e vol., page 83, 1854.

toujours la rate est engorgée ; parfois, son volume est tel que l'hypochondre en est distendu. Il y a là toutes les conditions propres à faire naître les faits séméiologiques dont nous nous occupons, et cependant, ces faits ne sont point par lui remarqués : rien au point de vue symptomatique, rien au point de vue anatomo-pathologique ne dénote que l'auteur ait eu, sur ces faits, la moindre préoccupation. Un instant, nous crûmes qu'il allait être mis sur la voie des rapports insolites que la rate engorgée crée constamment pour le cœur : il cite une observation dans laquelle, il montre la rate tuméfiée et ramollie, adhérant au diaphragme, et ce muscle participant lui-même à l'inflammation dont le viscère splénique, à son extrémité supérieure, paraissait être le foyer. Puis, au moment où l'on croit qu'il va faire mention du cœur, il se tait absolument sur l'état et les rapports de l'organe de la circulation centrale

M. Cruveilhier n'est guère plus explicite que M. Bailly sur cette question. Toutefois, l'illustre anatomo-pathologiste inscrit les faits suivants :

« J'ai connu, dit-il, des individus qui, à la suite de » fièvres intermittentes, avaient conservé une gêne dans la » respiration, qui les empêchait de faire une longue course. » Un de ces individus étant mort, il fut trouvé sur son » cadavre des adhérences, traces d'inflammation qui, par- » tant de la rate comme d'un foyer, traversaient le dia- » phragme pour se répandre aux organes qui lui sont su- » perposés, à la plèvre qui tapisse, à la fois, le diaphragme, » la base du poumon et les côtes. »

Au point de vue qui nous occupe, cette déclaration semble tout d'abord bien féconde en inductions séméiologiques et thérapeutiques ; on croit que l'auteur va les aborder, mais il s'arrête immédiatement, et lui, qui mieux que personne connaît les rapports anatomiques de la rate et du cœur dans l'état normal, il ne voit pas ceux qu'anormalement peut développer, au-dessus du diaphragme, l'engorgement splénique propre aux fièvres intermittentes.

Nous devons dire que, sur cette question, M. Piorry a

pressenti la vérité clinique. Mais cette vérité n'est demeurée pour lui qu'à l'état d'aperçu. Il ne l'a point consacrée par des faits.

Il dit bien que, sous l'influence des engorgements spléniques, le cœur doit éprouver un soulèvement comparable à celui que produisent les épanchements liquides ou gazeux de l'abdomen. Mais, lorsqu'à l'appui d'une semblable assertion, on recherche quelques preuves justificatives, on n'en trouve nulle part, et sur les 170 cas d'engorgements spléniques rapportés par M. Piorry, il n'est pas dit un mot (chose étrange !) sur l'état local et fonctionnel du cœur.

Nous croyons que, sous ces divers rapports, il peut y avoir d'importantes lacunes à combler.

Serait-ce trop préjuger des observations contenues dans la première partie de ce travail que de dire, qu'à nos yeux, elles auraient pour résultat de signaler et de décrire des faits de séméiologie qui, jusqu'à présent, n'auraient pas attiré l'attention des observateurs?

Du reste, il ne saurait nous suffire de démontrer la réalité clinique de ces faits, il faut encore démontrer les conditions anatomiques, soit normales, soit pathologiques, au nom desquelles ces faits doivent nécessairement se développer.

Ce sont ces conditions anatomiques qu'il nous faut maintenant déterminer.

La rate et le cœur, bien que séparés par le diaphragme, sont si près l'un de l'autre que, sans cet intermédiaire, ils se toucheraient.

L'extrémité supérieure de la rate, la pointe du cœur, placés vis-à-vis l'un de l'autre, se regardent, s'avoisinent, mais dans un sens absolument inverse. La rate est tournée en haut, à droite et en dedans; le cœur se dirige en bas, à gauche en dehors.

La rate, le diaphragme, la partie mobile du cœur constituent ainsi trois zones ou points anatomiques qui se suivent, qui se superposent, qu'aucun intervalle ne sépare.

Tout mouvement qui, de bas en haut, parcourt cette

ligne anatomique, aboutit au cœur et a pour résultat définitif son soulèvement et sa déviation, en dehors et à gauche.

La rate étant également en rapport médiat avec la base du poumon gauche, au niveau de la gouttière costo-diaphragmatique, tout mouvement, tout gonflement de l'organe splénique a pour double résultat l'effacement du sillon costo-diaphragmatique et la propulsion proportionnelle du bord inférieur du poumon gauche.

Dans le soulèvement que, sous cette influence, le cœur et le poumon gauche éprouvent à la fois, que deviennent les rapports respectifs de ces deux organes?

Voici le fait qui se produit : la pointe du cœur cesse immédiatement de correspondre à l'échancrure pulmonaire qui la loge, le ventricule gauche cesse d'être abrité par la zone pulmonaire qui le recouvre habituellement; il s'applique ainsi sans intermédiaire et dans un espace double de l'état normal à la face postérieure des côtes.

Le cœur subit dans cette attitude une véritable antéversion.

Voici ce qui existe encore : le cœur, placé entre la résistance qu'il trouve en haut et le mouvement qui soulève sa pointe, s'infléchit sur lui-même. Cette inflexion a lieu au niveau du sillon qui, antérieurement, sépare les oreillettes des ventricules, au niveau de la double émergence de l'aorte et de l'artère pulmonaire.

Toutes les fois que le cœur est violemment repoussé en haut par un engorgement splénique, c'est sur la ligne que nous venons de décrire qu'a lieu l'espèce d'antéflexion dont il s'agit. Cette antéflexion porte, non-seulement sur le sillon auriculo-ventriculaire, mais sur l'artère pulmonaire et particulièrement sur l'aorte. Il en résulte pour la crosse de l'aorte une exagération de courbure et un véritable coude à son point d'émergence.

Les valvules sygmoïdes aortiques ressentent immédiatement le contre-coup d'un semblable état de choses; leurs rapports naturels sont changés.

La valvule sygmoïde antérieure s'abaisse et se relâche pendant que les valvules postérieures se relèvent et se ten-

dent: Il y a là création accidentelle d'une véritable insuffisance.

Dire que la propulsion de la rate engorgée peut agir ainsi sur le cœur et sur l'aorte, c'est laisser pressentir que le mouvement qui entraîne la moitié gauche du cœur en haut et en dehors, doit se produire avec des résultats inverses sur les cavités droites qui sont tiraillées, précisément parce que celles du côté opposé se trouvent dans un état de relâchement relatif.

Le tableau anatomo-pathologique qui précède n'est point imaginaire; il est la reproduction fidèle de faits que bien des fois nous avons constatés, soit directement, soit expérimentalement sur le cadavre.

Une observation, que nous devons à M. Meslier, interne des hospices, attaché au service de M. Mahot, à Saint-Jacques, va nous fournir un exemple frappant des faits ci-dessus mentionnés.

Observation Ire.

Julien Guéard, journalier, âgé de 34 ans, entra le 8 avril 1854 à l'hôpital succursal, pour un état morbide dont le diagnostic fut : *dysenterie, chloro-anémie, énorme engorgement de la rate.*

Dix ans auparavant, Guéard avait eu des fièvres intermittentes. Depuis un an, il présentait tous les signes d'un engorgement splénique. On constata que cet engorgement était énorme, qu'il remplissait, distendait l'hypochondre gauche, qu'il s'avançait assez vers le thorax pour diminuer à gauche l'étendue du champ respiratoire et qu'il s'accompagnait d'une très-vive douleur. Le teint était décoloré et une épistaxis, qui survint, montra que le sang l'était aussi.

On prescrivit du fer réduit par l'hydrogène, et des pilules fondantes composées d'extrait de ciguë, et de savon médicinal.

Vers la fin de novembre, la diarrhée, que le malade avait avant d'entrer à l'hôpital, reparut et continua malgré des potions laudanisées; les extrémités devinrent œdémateuses; il y eut des épistaxis et de la toux. A ces divers accidents, furent en vain opposées des poudres hé-

mostatiques, des pilules astringentes, des loochs huileux, des pilules de cynoglosse.

Vers la fin de février 1855, l'œdème avec teinte jaune paille de la face, l'oppression avec souffle très-marqué au cœur et aux carotides, la toux avec quintes, la diarrhée, les épistaxis allaient se prononçant de plus en plus. Le bord gauche du foie proéminait vers les régions épigastrique et ombilicale, qui étaient douloureuses à la pression.

Le 28 février, essoufflement très-marqué, pâleur très-grande, toux incessante; le soir, altération profonde des traits, accélération progressive du pouls.

Le 1er mars, mort à 2 heures du matin.

A l'autopsie, faite 30 heures après la mort, on constata que la rate et le foie remplissaient tout le haut de l'abdomen et adhéraient au diaphragme. La rate était tellement volumineuse que s'arc-boutant en bas sur la fosse iliaque gauche, elle refoulait en haut le diaphragme, de manière à réduire sensiblement, de bas en haut, le champ de la cavité thoracique. Le cœur était refoulé; sa pointe, repoussée en haut, correspondait à un niveau situé à un pouce au-dessus du mamelon.

Par suite de l'élévation et de la déviation de la pointe du cœur, en haut et à gauche, l'aorte présentait, dans sa crosse, une exagération de courbure; les parois du cœur étaient décolorées; dans les cavités existaient deux caillots fibrineux; il n'y avait rien aux valvules. Le péricarde contenait une abondante sérosité; les poumons étaient exsangues en avant, œdémateux en arrière.

Le foie s'étendait jusque sur la rate, l'estomac était pris entre ces deux organes au point d'être rétréci dans son calibre, surtout à son milieu où ses parois étaient épaissies.

Le foie était plus volumineux encore que la rate elle-même, son tissu n'avait pas changé de nature; la vésicule ne contenait qu'une très-petite quantité de bile presque incolore.

Le tissu de la rate était ferme, violacé, plus dense qu'à

l'état normal, mais non changé aussi dans sa nature ; sa coque fibreuse était épaissie et comme cartilagineuse, les vaisseaux spléniques n'avaient pas beaucoup augmenté de volume.

Voici, comparativement, le poids, l'épaisseur, le diamètre, tant vertical que transversal, de la rate et du foie :

Rate...	Poids.	3	kilog. environ.
	Diamètre vertical. . . .	30	centim.
	Diamètre transversal. .	18	centim.
	Épaisseur.	12	centim.
Foie...	Poids.	3	kilog. environ.
	Diamètre vertical. . . .	25	centim.
	Diamètre transversal. .	27	centim.
	Épaisseur.	14	centim.

Le cerveau était pâle, exsangue, sans infiltration séreuse, anormale.

Nous citerons une seconde autopsie qui, non moins évidemment que celle-ci, nous montre le refoulement que l'engorgement splénique exerce sur la cavité thoracique et notamment sur le cœur et les gros vaisseaux.

Observation IIe.

Le 7 décembre 1854, nous perdîmes dans notre salle, lit n° 12, des suites d'une diarrhée et d'une fièvre intermittente, le nommé Gatin, âgé de 3 ans.

Cet enfant, atteint depuis longtemps sans doute de ces deux maladies, était très-faible, très-amaigri au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 9 octobre 1854.

La rate était chez lui considérablement tuméfiée, dépassait le rebord costal et s'étendait tellement vers le cœur que la pointe de cet organe était refoulée en dehors et en haut ; un souffle accompagnait ses battements.

La diarrhée et la fièvre intermittente furent, à plusieurs reprises, momentanément suspendues, la première, par l'azotate d'argent à l'intérieur et en lavement, la seconde, par le sulfate de quinine. La rate elle-même suivit, dans ses alternatives de congestion et de réduction sur elle-même, les péripéties des accès fébriles.

Enfin, la coqueluche, qui régnait dans la salle, atteignit ce malheureux enfant déjà épuisé par la diarrhée et par la fièvre intermittente.

Il mourut le 7 décembre 1854.

A l'autopsie, la rate distendait et soulevait tellement l'hypochondre gauche que, considérée relativement au cœur, elle semblait avec lui dans un contact immédiat. La pointe cardiaque était sensiblement refoulée en dehors et à gauche. Le péricarde contenait un peu de sérosité et en divers points était uni au cœur par quelques fausses membranes. Il y avait, en un mot, des traces évidentes de péricardite. Les cavités gauches du cœur étaient vides, les cavités droites et l'artère pulmonaire étaient plus ou moins distendues par des caillots fibrineux.

Dans les intestins furent notées toutes les lésions caractéristiques de l'entéro-colite chronique (ulcérations çà et là dans le gros intestin, etc.).

Ces deux observations, de même que plusieurs autres que nous pourrions citer, montrent quel est, vis-à-vis des engorgements spléniques, l'état anatomique du cœur, de l'aorte et de tous les organes qui se trouvent en rapport de voisinage et de contiguité avec la rate frappée d'intumescence.

Il devient évident que cet état anatomique se traduit par les traits suivants : soulèvement et déviation à gauche de la pointe cardiaque, exagération de la courbure que présente la crosse aortique, refoulement du poumon gauche, dont le bord inférieur est chassé de la gouttière costo-diaphragmatique.

Pour ne point sortir de notre sujet, nous nous contenterons de mentionner ici la déformation et le rétrécissement remarquables que, dans notre première observation, subit l'estomac, comprimé qu'il était par la rate énormément engorgée.

Maintenant, il est d'autres lésions anatomiques, propres aussi aux fièvres intermittentes, sur lesquelles nous croyons devoir appeler l'attention.

Il nous est arrivé quelquefois de faire l'autopsie de sujets qui avaient succombé au milieu des accidents

caractéristiques de la cachexie fébrile paludéenne. Ces sujets avaient eu de nombreuses rechutes de fièvre ; c'était en vain que, chez eux, on avait employé la médication fébrifuge la plus énergique et la plus variée. Malgré tous ces moyens, malgré les ferrugineux, ils étaient demeurés pâles, faibles, languissants ; ils avaient un sentiment d'oppression habituelle, des palpitations, un peu d'endolorissement vers la région précordiale.

Lorsqu'au milieu de cet état morbide, la mort venait incidentellement les frapper, voici ce que, chez eux, l'autopsie nous a révélé :

Toujours, dans ces cas, nous avons trouvé des indices non équivoques d'endocardite, d'aortite et surtout de péricardite. Dans l'aorte, existaient quelques plaques jaunes ; sur le feuillet tant pariétal que viscéral du péricarde, se remarquaient habituellement des adhérences celluleuses qui devaient nécessairement gêner le cœur dans ses mouvements. Ces adhérences se remarquaient particulièrement à la partie postérieure du cœur, aux environs de l'oreillette gauche.

Dans plusieurs cas, ces adhérences entouraient, d'un lacis filamenteux, les veines pulmonaires aboutissant dans la cavité ventriculaire gauche. J'ai vu ce lacis tellement serré que ces veines étaient rétrécies et que l'abord du sang, renouvelé par le poumon, devait en être notablement gêné.

Dans ces cas, l'oreillette était amoindrie dans ses divers diamètres. L'amoindrissement de la cavité auriculaire avait pour accompagnement corrélatif l'amoindrissement de la cavité ventriculaire, disposition anatomique qui contrastait avec la dilatation relative des cavités droites du cœur et de la veine cave inférieure.

Dans ces mêmes circonstances, et comme conséquence de l'amoindrissement des cavités gauches, l'aorte était réduite dans son calibre, non-seulement au niveau de sa grande courbure, mais aussi dans ses portions thoracique et abdominale. Les principales divisions du système artériel participaient à cette atrophie des artères, dont le point

de départ et la cause étaient sans doute ces lésions péricardiaques, ces lacis filamenteux qui, gênant le dégorgement des veines pulmonaires, au sein des cavités gauches du cœur, entravaient, à sa source même, le cours du sang, qui doit servir à la revification des organes.

Ces états anatomiques sont beaucoup plus communs qu'on ne l'imagine chez les sujets qui, depuis longtemps, souffrent des suites de fièvres intermittentes et qui se présentent avec l'état cachectique que chacun de nous connaît.

Les lésions anatomiques que nous venons de décrire se rapprochent beaucoup de celles que nous ont présentées certaines chloroses rebelles au traitement ferrugineux. Combien de ces prétendues chloro-anémies, avec bruits de souffle au cœur et dans les artères, et qui ne sont que des péricardites? Cette conviction résulte, pour nous, de plusieurs autopsies nous ayant démontré que ces états d'apparence chlorotique ne sont, bien fréquemment, que la manifestation fonctionnelle de lésions anatomiques siégeant soit au cœur, soit dans l'aorte, soit au péricarde. Toutefois, dans ces cas, comme dans la cachexie fébrile intermittente, c'est la péricardite qui prédomine, et la péricardite, avec adhérences.

Envisageons maintenant notre travail, au point de vue de sa valeur séméiologique :

La séméiologie des fièvres intermittentes ne s'est pas constituée tout d'un coup ; elle est le résultat d'observations successives.

Ce fut d'abord la considération du type, des péripéties symptômatiques de l'accès, l'élément paroxystique, en un mot, qui frappa l'attention des observateurs.

A une époque peu éloignée de nous intervint, dans la séméiologie des fièvres intermittentes, un second élément représenté par l'engorgement splénique; état viscéral en coïncidence à peu près constante avec les accès et que M. Piorry aura l'honneur d'avoir signalé aux préoccupations des praticiens.

Quel que soit le rang qu'on lui attribue dans la pathogénie fébrile, que, relativement aux accès, il paraisse

avant, pendant ou après eux, l'engorgement de la rate, grâces aux conquêtes récentes de la séméiologie, doit être, à bon droit, inscrit à côté de l'élément paroxystique, au double titre des déterminations symptômatiques et des indications curatives dont il est le point de départ.

Tels qu'ils se présentent, ces deux éléments de l'accès fébrile, le paroxysme et l'engorgement splénique, ne donneraient qu'une analyse incomplète de la fièvre d'accès. A côté d'eux, doit venir prendre rang un troisième élément non moins important, suivant nous, que les deux premiers, et qui, émanant de l'état tout spécial des fonctions cardiaques dans les fièvres intermittentes, peut devenir le gage d'un nouveau progrès dans l'analyse séméiologique de ces affections si complexes et si obscures.

Au nom des faits par nous invoqués, tant au point de vue séméiologique qu'au point de vue anatomo-pathologique, pouvons-nous penser et dire que le cœur peut et doit, dans la nosologie des fièvres d'accès, revendiquer le privilége que l'élément paroxystique et la rate plus tard ont jusqu'à ce jour exclusivement possédé ?

Pouvons-nous avancer que le cœur et les gros vaisseaux doivent compter parmi les organes tributaires de la séméiologie des fièvres intermittentes, et, qui plus est, de la thérapeutique de ces maladies, comme nous espérons, du reste, pouvoir plus tard le démontrer.

Nous est-il enfin permis de penser qu'une signification rationnelle et scientifique peut être donnée à des phénomènes qui, dans les fièvres d'accès, semblaient se soustraire à toute systématisation de ce genre, et qu'en montrant le rapport qui existe entre l'intumescence de la rate et divers troubles cardiaques, il serait possible d'entrevoir la filiation de faits jusqu'à présent incomplètement observés et analysés ?

Maintenant, il est un fait préalable sur lequel nous éprouvons le besoin d'une explication catégorique.

Au milieu des préoccupations anatomo-pathologiques spéciales, que nous venons d'invoquer à propos des fièvres intermittentes, quelle part ferons-nous à l'intoxication paludéenne ?

Loin de nous la pensée de vouloir revendiquer, au profit exclusif du déplacement du cœur par la rate engorgée, toute l'évolution des symptômes dont le cœur et l'appareil circulatoire se trouvent être, dans ce cas, le foyer permanent.

Les fièvres intermittentes sont le produit d'une intoxication paludéenne; le sang est profondément altéré dans ces maladies; il est modifié dans les proportions relatives de ses éléments essentiels; il contient moins d'albumine et plus de sérum. L'hématose est universellement troublée; ce n'est pas seulement en raison de son intumescence que la rate intervient symptômatiquement dans la pathogénie fébrile, mais en raison aussi des troubles fonctionnels qu'intimement éprouve cet organe de sanguification. L'existence de l'élément paludéen n'exclue point la réalité des faits d'ordre différent que nous avons cru devoir signaler.

La coexistence de ces faits hétérogènes n'a, du reste, rien de contradictoire. Cette coexistence vient seulement démontrer, d'une part, la multiplicité, l'hétérogénéité des conditions constitutives de la fièvre intermittente; d'autre part, la nécessité de soumettre ces éléments des fièvres d'accès à une analyse séméiologique de plus en plus rigoureuse.

Ces réserves faites, à l'égard de la part contributive que l'intoxication paludéenne peut avoir dans les manifestations des fièvres intermittentes, voyons quel parti nous pourrons tirer de la situation anatomo-pathologique que fait au cœur l'intumescence de la rate, au sujet de certains incidents, de certaines complications propres aux fièvres d'accès.

Ces incidents, ces complications que nous voulons interpréter, au moyen des données anatomo-pathologiques ci-dessus stipulées, sont :

1° Les *hydropisies;*

2° Les *cachexies;*

3° Les *fièvres pernicieuses.*

Parlons d'abord des *hydropisies* consécutives aux fièvres intermittentes.

Pour donner une idée des lacunes que la science présente à cet égard, nous citerons textuellement le passage suivant, extrait du *Compendium de Médecine*, t. V, page 150 :

« Les épanchements de sérosité dans le tissu cellulaire et dans diverses cavités splanchniques, l'abdomen spécialement, ont été constatés par tous les observateurs anciens et modernes (consécutivement aux fièvres d'accès), et cependant on n'en connaît pas encore la cause dans le plus grand nombre des cas. On peut même dire que l'obscurité la plus complète règne sur ce point, et nous n'avons trouvé dans les ouvrages les plus récents qu'un très-petit nombre d'ouvertures cadavériques capables de mettre sur la voie de la lésion qui cause ces hydropisies. Elles diffèrent entre elles sous le rapport de leur siége et de l'époque de leur apparition.

» Les congestions séreuses peuvent se faire dans le tissu cellulaire des membres : de là, l'œdème, borné tantôt aux malléoles, tantôt aux extrémités inférieures, aux membres supérieurs ou à la face ; quelquefois, enfin, l'anasarque.

» Les autres hydropisies occupent la cavité du péritoine, plus rarement celles de la poitrine ou de la tête.

» L'hydropisie se montre à des époques assez différentes de la fièvre, tantôt durant son cours, tantôt au moment où elle guérit, tantôt, enfin, lorsqu'elle est entièrement dissipée. On comprend qu'en bonne pathologie, il est impossible de ranger sur la même ligne des hydropisies qui se manifestent dans des conditions si diverses... L'étude attentive de tous les symptômes, l'exploration des lésions viscérales et de celles des reins et du foie, en particulier, pourraient seules dissiper les ténèbres qui couvrent cette partie de l'histoire des fièvres.

» L'hydropisie ascite, qui se forme au moment où la fièvre dure encore, a été rapportée par M. Maillot à un travail irritatif, à une congestion dont le péritoine devient le siége ; elle augmente à mesure que les accès se répètent.

Une autre cause d'ascite, pour le même auteur, est l'engorgement des viscères abdominaux, sur la nature duquel il ne donne aucune espèce d'explication et qu'il croit produire l'hydropisie, suivant le mécanisme développé par Lower et M. Bouillaud.

» M. Nepple attribue l'anasarque, l'ascite, l'hydrothorax, qui surviennent dans le cours de la fièvre intermittente, à la diminution de l'écoulement sudoral chez les individus obligés de rester dans les champs pendant le paroxysme fébrile.... L'hypérémie splénique et le ralentissement de la circulation veineuse abdominale ont été considérés par le même auteur comme la cause de l'hydropisie. »

Voici maintenant les questions que se posent les auteurs du *Compendium*, relativement à l'étiologie des hydropisies chez les fiévreux ;

« Est-ce en vertu d'une hypérémie ou de toute autre altération du foie, ou de quelque complication dont le cœur et ses membranes deviennent le siége? Est-ce parce qu'il existe une de ces altérations des reins inconnues de ceux qui ont écrit sur les fièvres intermittentes? Il est permis de croire qu'une ou plusieurs de ces lésions ont échappé aux observateurs, même les plus modernes. D'ailleurs, ils ne disent pas s'ils les ont cherchées, et quand ils parlent d'ouvertures cadavériques, leurs assertions sont trop vagues pour que l'on puisse même hasarder une opinion...

» ... Disons donc que ces hydropisies ont probablement leur cause dans une de ces lésions viscérales dont l'influence, sur la production des hydropisies, n'est mise en doute aujourd'hui par personne, et que si la fièvre intermittente cesse au moment où l'hydropisie se manifeste, c'est parce que les lésions organiques interrompent presque toujours la marche des affections intermittentes en se substituant à elles...

» L'hydropisie peut encore se montrer chez les sujets qui ont contracté plusieurs fois la fièvre intermittente et dont la constitution est profondément détériorée. Il n'est

pas facile de dire à quelle cause tiennent les collections séreuses dans ce cas ; il est seulement permis de croire qu'elles dépendent de quelque maladie du foie, de la rate, du tube digestif, des organes thoraciques et de toutes les causes que nous avons signalées. Nous rappellerons aussi que dans notre description de l'hydropisie, nous avons fait jouer un certain rôle dans la production de ces hydropisies à l'altération du sang par les miasmes paludéens ; mais, tout en reconnaissant ce qu'a de probable une telle opinion, on ne peut que la mettre au rang des hypothèses. »

On le voit, l'altération du sang par les miasmes paludéens, l'engorgement de la rate et des viscères abdominaux, ne suffisent pas aux auteurs du Compendium pour expliquer les hydropisies, les anasarques qui se développent consécutivement aux fièvres intermittentes.

En présence de ces *desiderata* de la science, nous nous ferons les questions suivantes :

Sommes-nous autorisés à penser que, dans la production de ces hydropisies, la situation et les conditions spéciales que font au cœur et aux gros vaisseaux les engorgements de la rate, doivent ici jouer un rôle, dont on aurait tort, selon nous, de méconnaître l'importance.

Est-ce impunément, pour la liberté de la circulation centrale, que le cœur est violemment poussé en haut et à gauche, que, dans cette attitude nouvelle, les vaisseaux afférents, et notamment la veine cave inférieure et le ventricule droit, subissent un tassement notable dans leur calibre, dans leur cavité ?

Est-ce impunément aussi, pour la liberté de la circulation centrale, qu'existent et cette antéflexion cardiaque dont nous avons parlé, et cette incurvation que présente l'aorte à son émergence et dans sa crosse, incurvation qui dérange le niveau de ses valvules et les rend désormais insuffisantes.

Est-ce impunément, enfin, que, dans sa masse totale, le cœur subit une étreinte, laquelle devient le point de départ d'un trouble plus ou moins profond dans le mé-

canisme de la circulation, tant artérielle que veineuse.

Il est évident pour nous que de semblables conditions anatomo-pathologiques qui, par elles-mêmes, sont si fécondes en troubles locaux et fonctionnels, doivent avoir le retentissement le plus fâcheux sur les autres sections de l'appareil circulatoire, et que là, probablement se trouve la cause principale des hydropisies propres aux fièvres intermittentes.

Nous croyons, qu'en dehors de toute altération sanguine, ces troubles mécaniques de l'appareil de la circulation centrale suffiraient, à la longue, pour déterminer des épanchements séreux et que, coexistant avec l'altération paludéenne du sang, il y a là double raison pour que les hydropisies dont il s'agit se produisent.

Concluons que, dans l'explication des hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes, il y a, comme données étiologiques, non-seulement l'altération spéciale du sang, non-seulement les obstructions viscérales, mais encore l'intervention du fait essentiel, qui résulte de l'état anatomo-pathologique que créent, pour le cœur et les gros vaisseaux, les engorgements spléniques propres aux fièvres d'accès.

Nous livrons ces considérations à l'appréciation des observateurs, ayant lieu de croire, d'après nos observations, que l'examen attentif et désintéressé des faits pourra justifier les interprétations que nous invoquons dans ce moment.

Les *cachexies* des fièvres se prêtent-elles, comme les *hydropisies*, à l'application de quelques-unes des données anatomiques que nous avons signalées ?

Comme les auteurs du Compendium, nous croyons que la cachexie dont il est ici question peut se rattacher à plusieurs lésions viscérales ; mais celle qui, d'après nos observations, lui appartiendrait spécialement, serait, sans contredit, la péricardite ; et cette péricardite, qui s'observe particulièrement au niveau des oreillettes, et principalement de la gauche, serait, d'après nos observations, la conséquence ultime et bien souvent irrémédiable de

l'espèce de traumatisme qu'a pu reproduire, sur l'appareil de la circulation centrale, la propulsion longtemps continuée des engorgements spléniques.

Comme pour les hydropisies, faisons encore ici la part de l'altération paludéenne du sang et de l'influence que ces troubles de l'hématose peuvent avoir sur l'économie tout entière, influence qui, du reste, n'a rien d'incompatible avec la cardiopathie, soit fonctionnelle, soit anatomique, que nous avons constatée dans tous les cas de cachexie consécutive aux fièvres d'accès.

L'intervention pathogénique des fonctions cardiaques, dans la nosologie des fièvres intermittentes, nous semble ouvrir des aperçus nouveaux, non-seulement au sujet de l'étiologie des hydropisies et des cachexies qui leur sont propres, mais encore au sujet de l'étiologie des *fièvres pernicieuses* elles-mêmes.

Combien de fois la préexistence de quelque état morbide du cœur ou des gros vaisseaux ne nous a-t-elle pas mis en garde contre les éventualités de certains états fébriles qui, d'abord simples et bénins, devenaient bientôt pernicieux, sous la double influence d'un développement considérable de la rate et du contre-coup fatal qui en résultait pour les organes circulatoires primordialement affectés.

Nous croyons que, dans les fièvres intermittentes, la forme pernicieuse est à craindre, du moins sous certaines formes symptômatiques, toutes les fois qu'un engorgement splénique étant donné, le cœur, les gros vaisseaux et les viscères qui, comme les poumons et le cerveau, sont avec eux en communication vasculaire très-directe, se trouvent être le siége de quelque altération plus ou moins chronique.

Voilà pourquoi la proportion des fièvres pernicieuses croît habituellement avec les chances d'affections organiques, et qu'elles s'observent bien plus fréquemment chez les vieillards que chez les enfants : voilà pourquoi, sans crainte d'être démenti, on peut dire qu'en dehors de certaines conditions épidémiques, le nombre des fièvres pernicieuses est précisément en raison directe de l'âge et

conséquemment des chances de maladie empreintes de chronicité.

Nous croyons enfin que, si notre travail peut donner lieu à des déductions séméiologiques, il peut encore conduire à certains corollaires thérapeutiques.

Alors que le pathologiste n'eut en vue, dans les fièvres intermittentes, que l'élément paroxystique, l'existence des accès dut être le mobile exclusif et suprême des efforts et des déterminations du médecin.

Lorsque, plus tard, il fut reconnu que, parallèlement ou consécutivement aux accès, il y avait un engorgement splénique, les fébrifuges furent adressés, non plus seulement aux accès eux-mêmes, mais aussi, mais en même temps, à l'obstruction viscérale.

S'il est vrai qu'à ces deux motifs de détermination curative, doive s'en ajouter un troisième puisé dans l'intervention nosologique des appareils de la circulation centrale, le médecin ne s'appuiera plus seulement sur deux raisons, mais bien sur trois, pour en finir au plus vite possible avec les conséquences si multiples de l'intoxication paludéenne.

Administrer le sulfate de quinine ou le quinquina à doses fébrifuges, c'est à la fois agir sur des accès de fièvre, sur l'engorgement splénique qui les accompagne habituellement et sur toutes les perturbations cardiaques et vasculaires dont nous avons indiqué la source et les fatales conséquences.

Ce que nous venons de dire sur la nécessité de supprimer aussitôt que possible les accès de fièvre, ce que nous venons de dire aussi sur le critérium à la fois séméiologique et thérapeutique que peuvent offrir les engorgements de la rate, indique suffisamment que l'activité du traitement fébrifuge sera aussi toujours en raison directe des dangers et des complications viscérales qu'on pourrait prévoir, dangers et complications viscérales que nous avons vu se tra-

duire soit par l'accès pernicieux, soit par la diathèse séreuse, soit par l'état cachectique.

N'oublions pas de dire en terminant que les inflammations chroniques qui, dans les fièvres intermittentes d'ancienne date, atteignent trop fréquemment les organes de la circulation centrale, et que l'anatomie pathologique nous a montrés sous forme d'aortite et de péricardite, sont heureusement modifiés par des topiques révulsifs, appliqués sur la région précordiale, lorsque dans ces états si graves et si tenaces c'était en vain que la moindre amélioration était demandée à l'emploi méthodique et persévérant des fébrifuges et des ferrugineux.

Ces considérations résument en principe et en application les principales conclusions que nous pouvons tirer de notre travail.

QUELQUES CAS D'AUTOPLASTIE faciale, par le Dr LETENNEUR, *Professeur-adjoint de clinique externe à l'École de Médecine de Nantes, Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris, etc.*

Parmi toutes les conquêtes récentes de la chirurgie, il n'en est pas qui ait pris une extension aussi grande que celle qui comprend ce qu'on a désigné sous le nom de *chirurgie restauratrice*. On pourrait dire que c'est tout un art nouveau, qui permet, par une foule de procédés ingénieux, de réparer des difformités natives ou accidentelles, de reconstituer des organes qui manquent en partie ou en totalité, de remédier à des infirmités considérées autrefois comme incurables. Aussi, en énumérant les progrès rapides obtenus dans cette voie qu'il a tant contribué à féconder, l'illustre chirurgien qui fut mon maître, M. Roux, dit avec

raison : « Par ce que nous faisons aujourd'hui, à quelle distance ne sommes-nous pas de ce qu'on faisait il y a seulement trente ou quarante ans ?... Nos devanciers en seraient étonnés, s'ils pouvaient en être témoins. » (*Quarante années de pratique chirurgicale. Ph.-J. Roux.*)

Pendant que la chirurgie a réussi à agrandir ainsi son domaine, elle est parvenue, par l'étude plus approfondie des maladies, par la découverte de nouvelles ressources thérapeutiques et par l'emploi mieux raisonné des moyens connus depuis longtemps, à diminuer, d'une manière chaque jour plus sensible, le nombre des cas où des mutilations cruelles sont le seul remède que nous ayons à offrir aux malheureux dont la vie ne peut être rachetée qu'à ce prix. Ainsi, d'un côté, progrès pour la création de la chirurgie restauratrice ; de l'autre côté, perfectionnement, et par conséquent, progrès encore, par cette direction salutaire imprimée au traitement d'un grand nombre de maladies, ce qui permet de caractériser la chirurgie de notre époque, en disant qu'elle est essentiellement conservatrice.

La chirurgie restauratrice, à laquelle se rapportent les cas qui font la base de ce travail, emprunte ses moyens d'action les plus puissants et les plus précieux à l'*autoplastie*, cet art curieux qui, éclairé par les lumières de la physiologie, a été élevé à la hauteur d'une science.

L'autoplastie, si riche et si féconde aujourd'hui, a, dans le passé, deux origines distinctes qu'on peut suivre, à travers les siècles, dans leur lente évolution.

La première est représentée par le chapitre que Celse a écrit sur les réparations des pertes de substance des oreilles, des lèvres et des narines. (Liv. VII, cap. IX.) Les préceptes utiles tracés par l'auteur latin contenaient, en germe, une partie de cette branche importante de l'art opératoire qui a pris tant de développement depuis quelques années. Cependant, ces préceptes étaient, pour ainsi dire, restés stériles, les auteurs s'étant bornés, le plus souvent, à les reproduire, sans même être d'accord sur l'interprétation du texte qu'ils avaient sous les yeux. A peine, à de longs intervalles, peut-on citer quelques essais qui sont loin

d'offrir toujours un véritable caractère d'utilité, et de constituer un progrès.

Les perfectionnements apportés successivement à l'opération du bec-de-lièvre et le procédé employé par Chopart pour la cheiloplastie constituent les points les plus saillants de l'histoire des restaurations faciales, dans l'ordre des faits qui ont été admis et qui sont restés dans le domaine scientifique, depuis Celse jusqu'au XIXe siècle.

La seconde origine de la chirurgie plastique est constituée par la *rhinoplastie*, qui n'était jamais entrée pleinement dans le courant scientifique général, même à la seconde phase de son histoire.

Chacun sait aujourd'hui que cette opération se pratiquait fréquemment dans l'Inde, où elle était autrefois le privilége de la secte des Koomas; mais le mystère dont on avait soin de l'entourer, l'empêcha longtemps d'être connue en Occident.

Les auteurs du moyen-âge n'en parlent que pour en nier la possibilité, ou, tout au moins, pour la mettre en doute.

C'est en 1442, qu'un Sicilien du nom de Branca réussit à pratiquer la rhinoplastie et employa, pour cette opération, un procédé nouveau qui, adopté et perfectionné à la fin du XVIe siècle par Tagliacozzi, porta aussi haut que possible la réputation de ce chirurgien. Le bruit que firent les succès de Tagliacozzi fut tel, que les poètes chantèrent sa gloire, et, qu'après sa mort, on lui éleva une statue dans l'amphithéâtre d'anatomie de Bologne. On en fit presque un Dieu :

Non modo tu princeps, sed Deus artis eris.

Cependant, si les contemporains de Tagliacozzi portèrent trop loin l'enthousiasme, les générations suivantes eurent le tort plus grand d'oublier les services qu'il avait rendus. L'auréole du Dieu s'effaça bientôt, et même avec une telle rapidité, qu'on a peine à comprendre comment, un siècle plus tard, Dionis ait pu traiter ce qu'on disait de la restauration du nez, *d'histoires apocryphes et de contes faits à plaisir*.

Ce n'est qu'en 1814, que Carpue tira la rhinoplastie de l'oubli où elle était tombée, et réussit à la faire accepter par les chirurgiens qui n'étaient pas trop esclaves de la routine et des préjugés.

On comprit bientôt qu'en réunissant, dans un faisceau commun, les deux ordres de faits que je viens de passer rapidement en revue, les traditions de Celse et la rhinoplastie indienne et italienne, on pouvait en déduire des principes généraux dont les applications nombreuses ne tardèrent pas à jeter un vif éclat, et à donner une impulsion toute nouvelle aux travaux des chirurgiens.

Les difformités ou les pertes de substance que l'art est appelé à faire disparaître, et dont le visage est si souvent le siége, affectent les dispositions les plus variées et souvent les plus imprévues; aussi, faut-il que le chirurgien, lorsqu'il a recours à l'autoplastie, soit presque toujours plus ou moins créateur, et qu'il sache, selon les circonstances, modifier à propos les procédés opératoires. On peut dire que chaque cas particulier exige quelque combinaison spéciale; de là, des difficultés toujours nouvelles, mais aussi, et précisément à cause de ces difficultés, qui rehaussent le mérite du succès, un charme et un attrait que le chirurgien ne peut pas trouver, à un semblable degré, lorsqu'il suit forcément les sentiers battus.

Il est souvent impossible de donner une idée bien nette d'une opération, en disant seulement qu'elle a été pratiquée d'après telle méthode ou tel procédé connu : les quelques mots qui précèdent justifient pleinement cette proposition, que viennent encore corroborer le vague et les dissidences qui existent à ce sujet dans les auteurs.

C'est pourquoi il est utile de rapporter avec quelque détail les observations de cette nature, lorsqu'elles présentent des particularités qu'on peut mettre à profit dans des cas analogues.

Les quatre observations qui suivent, et qui ont pour objet deux rhinoplasties, une génoplastie et une blépharoplastie, ont entre elles un lien de parenté qui ressortira à tous les

yeux, bien qu'elles diffèrent cependant sous plus d'un rapport :

..... Facies non omnibus una
Nec diversa tamen, qualem decet esse sororum.
(*Ovide. Métamorph.*)

Lorsqu'il s'agit d'autoplastie, c'est-à-dire de transformation, ce n'est pas trop m'éloigner de mon sujet que d'emprunter, en passant, une citation au chantre des métamorphoses.

Chez les malades dont j'ai à rapporter l'histoire, il m'a été possible d'appliquer la méthode indienne telle qu'elle a été perfectionnée par les modernes, et non en suivant l'exemple des Brames, qui allaient chercher un lambeau à une distance assez grande de la perte de substance; qui tordaient sur lui-même le pédicule du lambeau, et laissaient suppurer la plaie résultant de l'emprunt qu'ils avaient fait aux téguments. Le procédé des Brames est, du reste, celui qui est encore en usage, lorsqu'il s'agit de pratiquer la rhinoplastie dans les cas où le nez manque en totalité.

Dans le procédé que j'ai suivi, le lambeau est taillé de telle sorte qu'un des côtés de sa racine est tangent à un des points de la circonférence de la solution de continuité, et qu'une des incisions, destinées à circonscrire le lambeau, parte de ce point et se confonde autant que possible, dans une partie de son étendue, avec le bord même de cette solution de continuité, l'autre incision en demeurant éloignée de toute la largeur du lambeau; en outre, le pédicule, au lieu d'être tordu sur lui-même, tourne simplement à plat autour d'un axe qui le traverserait suivant son épaisseur; enfin, un des avantages les plus grands de ce procédé, c'est la réunion immédiate des bords de la perte de substance résultant de la formation du lambeau.

Dans certains cas, la rotation, ou plutôt l'inclinaison du lambeau, ne dépasse pas 30 ou 40 degrés, et peut être considérée comme un simple glissement; d'un autre côté, le lambeau est pris aussi près que possible de la perte de substance : *ex vicino adducitur* (Celse). Ces deux caractè-

res établissent une sorte de trait-d'union entre la méthode française et la méthode indienne, à laquelle appartient cependant plus spécialement le procédé auquel j'ai eu recours.

Observation première.

Restauration de la moitié droite du nez, au moyen d'un lambeau emprunté à la joue; reconstitution de l'aile du nez, à l'aide d'un ourlet cutané.

En 1840, un vieillard presque octogénaire, le nommé Penard, de Notre-Dame-de-Riez (Vendée), se présenta chez moi et me demanda si je ne pourrais pas faire disparaître, par une opération, ou dissimuler, par tout autre moyen, une perte de substance qu'il avait au nez et qui donnait à sa physionomie quelque chose de bizarre et de repoussant.

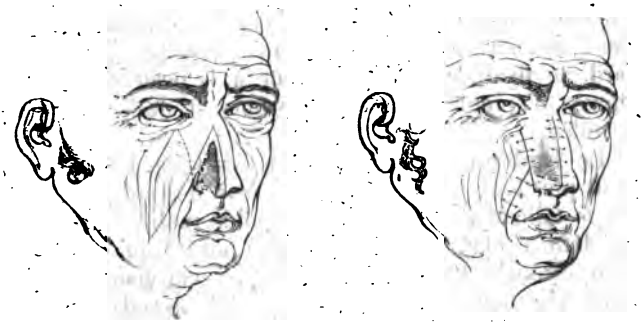
Le mal avait commencé, depuis un assez grand nombre d'années, par une petite croûte sèche ayant son siége sur l'aile du nez; cette croûte tombait souvent et se reproduisait immédiatement en gagnant peu à peu du terrain, mais, en même temps, les tissus étaient détruits et rongés par une sorte d'usure progressive. Cette ulcération, évidemment de nature cancroïde, était sèche, et le malade remarquait à peine un suintement sanieux ou sanguinolent lorsqu'il avait arraché prématurément une portion de la croûte. Les tissus voisins n'étaient ni rouges, ni gonflés.

Penard jouissait d'une très-bonne santé et avait conservé une certaine verdeur juvénile. On disait même que des projets de mariage l'avaient seuls déterminé à chercher un remède à sa difformité.

Quand il vint me consulter, sa maladie avait déjà fait des ravages considérables, car, du côté droit du nez, peau, cartilages et membrane muqueuse avaient été entièrement détruits. Les limites du mal suivaient assez exactement en avant le bord de la cloison, qui était restée

saine; en haut et en dehors, elle correspondait au bord osseux formé par l'os propre du nez et par l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Autour de la perte de substance, l'ulcération n'était caractérisée que par une ligne de trois à cinq millimètres de largeur, formée par des croûtes sèches d'apparence épidermique. Toute la muqueuse de la cloison était rouge et recouverte de mucus desséché ; les replis muqueux, qu'on apercevait dans l'intérieur de la fosse nasale, paraissaient aussi légèrement enflammés, ce qui tenait évidemment à ce que l'air extérieur y pénétrait largement, transportant avec lui la poussière et les corps étrangers qui n'étaient point arrêtés ou tamisés au passage par les poils protecteurs désignés sous le nom de vibrisses. Pas de ganglions lymphatiques engorgés, pas d'autres traces d'affection cancroïde ou cancéreuse que celles que j'ai indiquées plus haut et qui étaient bornées aux bords de la perte de substance.

D'après l'état de maigreur du malade, d'après la flaccidité et les rides nombreuses que présentait la peau du visage, je compris la possibilité de restaurer le nez avec la peau voisine, et mon plan d'opération fut arrêté immédiatement : je le mis à exécution quelques jours plus tard.



Je commençai par aviver les bords de la perte de substance en enlevant toutes les parties qui paraissaient malades. L'espace à combler eut alors la forme d'un triangle,

dont le côté inférieur était le plus court, les deux autres ayant à peu près une longueur égale.

Je taillai mon lambeau de la manière suivante :

Le côté externe de la solution de continuité fut prolongé par une incision qui passa à un centimètre de la commissure labiale et descendit à un centimètre et demi au-dessous de cette commissure, en s'inclinant en dehors. A trois centimètres et demi de l'angle supérieur de la plaie, et à partir du niveau du bord inférieur de l'orbite, une seconde incision fut pratiquée parallèlement à la première, dans ses deux tiers supérieurs, et s'inclinant en dedans, dans son tiers inférieur, de manière à venir rejoindre la première sous un angle aigu.

Le lambeau fut détaché de bas en haut avec une couche suffisante du tissu cellulaire sous-cutané. J'eus soin de le disséquer complétement vers sa base, ce qui demanda de grandes précautions au niveau du sac lacrymal.

Je fis alors tenir le lambeau par un aide et je m'empressai de réunir, par des épingles, la partie inférieure de la plaie de la joue, ce qui put s'opérer avec la plus grande facilité. Les téguments de la face, entraînés ainsi vers la ligne médiane, facilitèrent le déplacement que je voulais imprimer au lambeau. Celui-ci vint s'appliquer sans tiraillement sur la perte de substance, en formant cependant en haut et en avant un léger godet qui s'effaça plus tard. Je fixai son bord antérieur à la peau du nez, au moyen d'épingles à insectes très-fines et de la suture entortillée.

Le lambeau, ainsi qu'on a pu en faire la remarque, était plus long que le vide qu'il était destiné à combler. En le taillant ainsi, j'avais un double motif : le premier, de donner à la plaie de la joue une forme qui me permît d'en affronter les bords ; c'est ce qui eut lieu, en effet, ainsi que nous venons de le voir ; le second motif était de façonner l'aile du nez au moyen d'un ourlet qui lui donnât une solidité suffisante et une forme se rapprochant autant que possible de la forme normale, et qui, enfin,

reportât, à l'intérieur de la nouvelle narine, le bord cicatriciel inférieur du lambeau.

Pour cela, je retranchai, avec des ciseaux, la partie du lambeau qui devenait inutile, en ayant soin de lui laisser une longueur suffisante pour remplir l'objet que je viens d'indiquer. Je renversai ensuite la partie inférieure du lambeau, de manière à mettre les surfaces saignantes en contact, en formant, ainsi que je l'ai déjà dit, un véritable ourlet, qui fut maintenu au moyen d'un double point de suture. J'ajouterai que cette partie renversée du lambeau avait été taillée de manière à ce que sa forme représentât assez bien celle de l'aile du nez.

Restait encore à fixer le bord externe du lambeau aux parties voisines.

L'aile du nez nouvelle fut maintenue au moyen d'un point de suture simple, au sommet de l'angle qui, déjà, avait servi en dehors de point d'attache pour la suture de la plaie de la joue.

Le bord externe de la partie supérieure de la plaie de la joue, grâce à une dissection peu étendue, peut être amené, sans trop d'efforts, jusqu'au contact du lambeau auquel il fut fixé par des épingles.

Cette opération, qui dura trois quarts d'heure, fut bien supportée par le malade. Les suites en furent assez simples; les premiers jours, pendant lesquels, d'ailleurs, je ne vis pas le malade, se passèrent sans accident qui mérite d'être noté.

Le quatrième jour, je me rendis chez mon opéré: il y avait déjà un gonflement considérable de tout le côté droit de la face; je me hâtai d'enlever quelques épingles; sur d'autres points, je me bornai à enlever les fils et à les remplacer par d'autres fils moins serrés.

Le lendemain, de nouvelles épingles furent retirées, et, le sixième jour, j'enlevai les dernières.

La réunion immédiate avait eu lieu dans la plus grande partie, et, bien qu'un peu de suppuration se montrât sur quelques points, il était facile de voir que le succès de l'opération n'était pas douteux.

Des bandelettes de sparadrap furent appliquées pour prévenir l'écartement des plaies et pour soutenir les parties.

Les jours suivants, le gonflement diminua ; ce n'est qu'un mois après l'opération que toute trace de suppuration avait disparu. Alors, on pouvait juger du résultat, qui était des plus satisfaisants. L'aile du nez se dessinait assez bien à l'extérieur, et elle présentait une solidité suffisante pour maintenir la narine ouverte et pour ne pas éprouver de ballotement dans les mouvements de la respiration. Mais, dans ces premiers temps, elle avait une épaisseur trop considérable qui, du reste, a diminué dans la suite.

La cicatrice de la joue n'était pas extrêmement tendue et allait bientôt être cachée en partie par les rides. La paupière qui, après l'opération, paraissait assez fortement tiraillée en dedans, avait repris sa forme normale. Je dois ajouter que le nez s'était incliné un peu du côté droit, mais sans qu'il y eut là rien de choquant.

Mon malade a vécu plusieurs années après cette opération ; je ne l'ai pas revu dans les derniers temps de sa vie ; cependant, j'ai su que l'ulcère rongeant avait reparu sur la cloison qui s'était perforée ; mais cette récidive ne se manifesta point à l'extérieur et ne toucha en rien à la partie nouvelle du nez.

Je n'ajouterai que deux courtes réflexions à cette observation : la première, pour établir que je crois avoir fait une chose nouvelle en utilisant l'excédant de mon lambeau, afin de reconstituer l'aile du nez par un ourlet ou repli cutané. Du moins, je n'avais, à l'époque où j'ai pratiqué cette opération (1840), rien vu qui pût m'en donner l'idée ; depuis ce temps, la première observation qui ait une certaine analogie avec la mienne, appartient à M. Serre (1842). Quoi qu'il en soit, c'est là, je crois, une des applications les plus heureuses qu'on puisse faire de ce qu'on a nommé *autoplastie par doublement du lambeau.*

La seconde réflexion est relative à la difficulté ou à la facilité que présente l'exécution de certaines opérations, dans des cas semblables, en apparence, et où cependant

certaines circonstances, qu'il importe d'apprécier d'avance, viennent aider ou gêner le chirurgien.

Ainsi, l'opération que je viens de décrire, n'a été possible que grâce à la maigreur de mon malade, à la souplesse et à l'extensibilité de la peau. Changez ces conditions et les difficultés peuvent devenir insurmontables.

Ce que j'ai fait chez Penard eût été impossible chez la femme qui fait le sujet de l'observation suivante. Chez elle, en effet, le peu de laxité du tissu cellulaire sous-cutané et le peu d'extensibilité de la peau, m'auraient présenté des obstacles très-sérieux, si j'avais eu à faire subir à cette membrane de grands déplacements, et si la perte de substance eût été relativement très-considérable. Dans le cas dont je vais parler, la perte de substance existant sur la ligne médiane, et l'état de la peau ne me permettant pas de trouver dans une seule joue un lambeau d'une étendue suffisante, j'ai dû emprunter à chaque joue un lambeau semblable, et j'ai établi ainsi une symétrie parfaite entre les deux côtés du visage, ce qui, en somme, devait donner et a donné, en effet, un résultat plus satisfaisant que celui que j'aurais pu obtenir avec un seul lambeau.

Observation IIe.

Ulcère cancroïde du nez; ablation avec l'instrument tranchant; rhinoplastie au moyen d'un lambeau emprunté à chaque joue (1).

Au mois de novembre 1854, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle 8, la femme Martin, journalière, âgée de 60 ans.

---

(1) La deuxième observation et la quatrième ont été rédigées d'après des notes recueillies, chaque jour, au lit des malades, par M. Noblet, élève du service.

Cette femme nous raconte que le début de sa maladie remonte à six ans. Ce n'était alors qu'un petit bouton verruqueux ; mais ce bouton ne tarda pas à grossir, et, plus tard, il s'ulcéra. Un médecin fut consulté et se borna à faire de loin en loin, quelques cautérisations avec le nitrate d'argent. Pendant ce traitement, l'ulcère s'étendit et devint douloureux ; un suintement séro-purulent formait, à sa surface, en se concrétant, une croûte noirâtre, que la malade faisait tomber de temps en temps, mais qui se reproduisait immédiatement.

Malgré l'insuffisance des cautérisations avec le nitrate d'argent, la malade resta cinq ans sans consulter d'autre médecin. A cette époque, elle s'adressa au docteur Marchand, qui conseilla des applications d'onguent napolitain. Sous l'influence de ce topique, l'ulcère se modifia et se cicatrisa ; mais cette guérison ne fut que de très-courte durée, et le mal reparut bientôt plus grave que jamais.

La femme Martin affirme n'avoir jamais eu de maladie syphilitique ; après l'avoir interrogée à plusieurs reprises dans ce but, nous sommes resté convaincu qu'elle n'avait jamais présenté de symptômes qu'on pût considérer comme des accidents secondaires ou tertiaires de la syphilis. L'ulcération du nez offrait, d'ailleurs, au moment où j'ai pu l'observer, les caractères les plus tranchés du cancroïde de la peau.

Ulcération végétante faisant saillie au-dessus du niveau de la peau, assez exactement arrondie, d'un diamètre de trois centimètres et demi ; ayant laissé intactes les ailes du nez et la sous-cloison, mais ayant détruit toute la peau du lobe moyen ; en haut, elle recouvrait le tiers des os propres du nez, et sur les côtés, elle venait se terminer dans le sillon naso-génien.

La surface de cet ulcère, noirâtre et recouverte d'une croûte peu épaisse et fendillée, était le siége de fréquentes hémorrhagies et donnait lieu habituellement à un écoulement de pus sanieux. La malade y ressentait des douleurs lancinantes.

Le doigt, introduit dans les narines, permettait de cons-

tater l'intégrité de la membrane muqueuse; les cartilages ne paraissaient pas déformés et on pouvait espérer qu'ils n'avaient pas été atteints par la maladie.

Pas de ganglions engorgés; cette observation, comme celle qui précède et comme celle qui suit, vient donc confirmer les idées exprimées, à ce sujet, par M. Lebert, dans les Mémoires de la Société de Chirurgie. (*Du cancer et du cancroïde de la peau*, t. II, p. 568.)

L'étendue du mal ne permettait pas de songer à la cautérisation avec les préparations arsénicales, et, d'ailleurs, quel que fût le caustique dont on aurait fait choix, on ne pouvait espérer la formation d'une cicatrice sur toute cette surface; enfin, on se serait exposé, par l'emploi des caustiques, à perforer largement le nez.

Je songeai donc de suite à l'ablation du mal avec l'instrument tranchant et à la reconstitution de l'organe au moyen de l'autoplastie, et c'est aux joues que je me décidai à emprunter les lambeaux.

L'opération fut pratiquée le 13 novembre.

Deux incisions, partant des côtés de la racine du nez et séparées à leur point de départ par un espace d'un demi-centimètre environ, furent abaissées dans la direction du sillon naso-génien, jusqu'à la hauteur des commissures labiales. Une incision transversale, isolant entièrement les ailes du nez et la sous-cloison des parties malades, vint

rejoindre, à droite et à gauche, les deux premières incisions ; en haut, sur le dos du nez, une petite incision horizontale rejoignit également les deux premières, de sorte que l'ulcère se trouva circonscrit de toutes parts. L'ablation de cette surface fougueuse fut assez longue et difficile, les tissus n'offrant aucune résistance à l'action des pinces : il fallut gratter, et, pour ainsi dire, ruginer les cartilages qui étaient entièrement sains.

J'achevai ensuite de tailler mes lambeaux, par une incision pratiquée de chaque côté, à partir d'un centimètre environ au-dessous du bord inférieur de l'orbite jusqu'à l'extrémité inférieure de la première incision, de manière à terminer mes lambeaux par un angle aigu et à donner à chacun d'eux une largeur égale à la moitié de la perte de substance.

Les lambeaux furent disséqués jusqu'à leur base, après quoi je réunis, au moyen de la suture entortillée, les plaies des joues, ce qui contribua à faire cheminer les lambeaux à la rencontre l'un de l'autre.

Avant de les réunir, j'abattis les angles de la portion de peau que j'avais laissée sur le dos du nez : de sorte que sur la ligne médiane la plaie représenta un Y allongé.

La réunion des lambeaux entre eux fut assez facile, mais j'éprouvai plus de difficulté à les adapter au bord supérieur des ailes du nez. Par leurs extrémités, dont j'excisai une petite portion, ils constituèrent le lobe moyen. Pour fixer les lambeaux, je me servis de la suture entortillée, au moyen d'épingles très-fines.

Je dois noter, en passant, que les tissus étaient moins extensibles à gauche qu'à droite, ce qui fit éprouver au lambeau gauche une assez grande tension.

Le lendemain de l'opération (14 novembre), gonflement des lambeaux et des paupières inférieures. L'extrémité inférieure du lambeau gauche est violacée et menace de se gangréner.

Deux sangsues sont appliquées en avant de chaque oreille.

Dans la journée, j'enlève plusieurs fils qui comprimaient

trop fortement les tissus, mais je laissai les épingles en place.

Le 15, état satisfaisant ; ablation d'une épingle sur la ligne médiane.

Le 16, ablation de plusieurs épingles ; les fils sont partout remplacés par d'autres fils moins serrés.

Le 17, les dernières épingles sont enlevées, et les parties sont soutenues avec des bandelettes de sparadrap.

Le 20, le gonflement a bien diminué, mais l'extrémité inférieure du lambeau gauche, gangrénée, s'est détachée et a laissé un vide dans le point correspondant, vide qu'on faisait disparaître en relevant le sommet et l'aile du nez. Du côté droit, la réunion paraît solide.

Je fixai, avec du collodion, deux petites bandelettes de linge dans les narines ; ces bandelettes furent ramenées sur le nez, où elles s'entrecroisèrent, et furent fixées, avec du collodion, à chaque paupière inférieure. Une troisième bandelette, fixée à la sous-cloison d'une part, et d'autre part entre les deux sourcils, contribua aussi à maintenir le nez relevé. La perte de substance, produite par la gangrène, était désormais insignifiante et la cicatrisation marcha régulièrement, grâce à la précaution que j'eus de réappliquer de nouvelles bandelettes quand les premières parurent se relâcher.

Je dois ajouter que le lambeau droit glissa peu à peu au-delà de la ligne médiane, de manière à combler en partie le vide qui avait été produit par la gangrène de l'extrémité du lambeau gauche.

Le 27, la guérison était complète, mais je retins la malade à l'Hôtel-Dieu jusqu'au 16 décembre.

Depuis ce temps, j'ai eu occasion de la revoir plusieurs fois ; le nez, autrefois aquilin, est légèrement retroussé, l'aile gauche un peu plus élevée que l'aile droite ; mais, à part ces petites irrégularités qui tendent, du reste, à s'effacer de plus en plus, on ne peut guère se douter aujourd'hui de l'étendue et de la gravité de la maladie pour laquelle j'ai pratiqué cette opération.

Disons enfin, pour ne rien omettre, que de petites ex-

coriations se sont manifestées à diverses reprises sur les cicatrices, mais qu'il a suffi, pour les faire disparaître, de quelques lotions avec l'eau de Pagliari.

L'eau hémostatique de Pagliari avait déjà été employée plusieurs fois chez cette malade depuis le moment de l'opération, dans le but de réprimer les bourgeons charnus et de hâter la cicatrisation, et son efficacité m'a paru de la dernière évidence. J'avais été conduit à avoir recours à ce moyen par un fait qui s'était passé, quelque temps auparavant, dans mon service.

Une femme de soixante-dix ans portait, depuis quinze ans, sur le front, un large ulcère saillant, dont les bords renversés formaient un champignon. Cet ulcère occupait tout le côté gauche du front et avait même détruit une portion de peau couverte de cheveux. Il était le siége de douleurs extrêmement vives et donnait lieu à des pertes de sang très-abondantes, qui se renouvelaient souvent plusieurs fois par jour.

Deux autres ulcères, moins étendus et déprimés, existaient de l'autre côté du front.

Depuis quinze ans, bien des traitements internes avaient été suivis, bien des topiques avaient été appliqués sur ces ulcères, sans aucun résultat favorable.

On avait eu recours à divers caustiques, et moi-même, en dernier lieu, j'avais essayé la pâte sulfo-safranée ; mais, à chaque application, les douleurs devenaient intolérables, et, à la chute des croûtes, les hémorrhagies reparaissaient. Pour combattre ce dernier accident, je prescrivis des lotions avec de l'eau de Pagliari, répétées deux fois par jour.

Sous l'influence de ce moyen, l'aspect des ulcères se modifia promptement, le champignon s'affaissa, les hémorrhagies cessèrent et les douleurs disparurent complètement. Enfin, une cicatrice de bonne apparence recouvrit peu à peu les surfaces malades. Cette femme quitta l'Hôpital après quinze jours de l'usage de ce moyen qui, seul, depuis quinze ans, avait donné un résultat favorable.

Cette guérison sera-t-elle durable ? Il est permis de conserver quelques doutes à cet égard. Quoi qu'il en soit, ce fait m'a vivement frappé, et, depuis cette époque, j'ai employé un grand nombre de fois, avec succès, l'eau de Pagliari, dans le traitement d'ulcères de mauvaise nature.

Observation IIIe.

Vaste cancroïde de la joue ; guérison par la génoplastie.

Chéneau (Pierre), âgé de 62 ans, demeurant à Froidfond (Vendée), est entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 5 mai 1855, pour y être traité d'un large ulcère cancroïde ayant détruit une grande partie de la joue droite. Cette affection avait débuté, il y a plus de dix ans, et avait été attaquée, avec un succès temporaire, une première fois par les caustiques, une seconde fois par l'instrument tranchant.

C'est en 1846 que Chéneau, se préoccupant d'un bouton qu'il portait sur la partie interne et supérieure de la joue, et qui, depuis quelque temps, s'était ulcéré, alla trouver des empiriques qui appliquèrent, sur le mal, un caustique dont l'action extrêmement douloureuse dura plus de vingt-quatre heures. La guérison fut obtenue, mais il resta une cicatrice plissée et adhérente, s'étendant jusque sur le côté du nez. Peu de temps après, l'ulcération reparut à la partie externe de la cicatrice. Chéneau, effrayé des douleurs qu'il avait souffertes une première fois, attendit longtemps, et ce n'est qu'en 1848, deux ans après l'application du caustique, qu'il se décida à venir me consulter. Le mal alors avait l'étendue d'une pièce de deux francs ; il me fut facile de l'enlever au moyen de deux incisions semi-lunaires, qui permirent de rapprocher les bords de la division et d'obtenir, par la suture entortillée, une réunion immédiate; la cicatrice fut linéaire et dirigée de haut en bas.

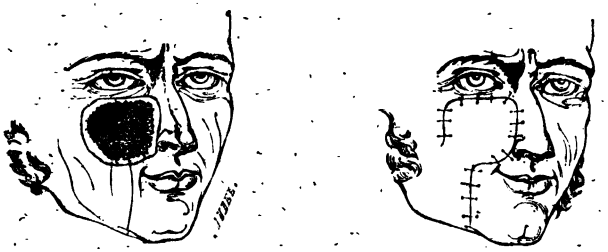
La guérison parut définitive, et, pendant plusieurs années, rien n'annonçait une seconde récidive. Cependant, il y a trois ans environ, le mal reparut avec des caractères qui ne permettaient pas de se faire illusion. Chéneau a, sans aucun doute, eu recours à des remèdes nombreux, dans l'espérance de se soustraire à une nouvelle opération; mais il a refusé de faire des aveux à ce sujet; quoi qu'il en soit, lorsqu'il est revenu me voir afin d'obtenir, comme pensionnaire, une place à l'Hôtel-Dieu, l'ulcère avait acquis des proportions considérables. Il s'étendait en haut, à la paupière inférieure qui était, elle-même, atteinte en partie : en bas, la moitié de la lèvre supérieure était détruite; en dedans, le mal s'était arrêté à l'aile du nez, mais au-dessus de ce point, il s'avançait un peu sur les côtés du nez; là, on apercevait encore, au-delà des limites du mal, une partie de la cicatrice plissée, produite par l'application du caustique en 1846; on voyait également, à une petite distance de la commissure des lèvres, la portion inférieure de la cicatrice résultant de l'opération pratiquée par moi en 1848. En dehors, l'ulcération dépassait le niveau d'une ligne verticale abaissée de l'angle externe des paupières.

Cet ulcère, dont les bords étaient saillants, comme frangés en certains points, donnait lieu à un écoulement de sang qui se produisait au moindre contact et qui souvent avait lieu spontanément. Les tissus profonds étaient indurés au-delà de la solution de continuité de la peau; c'est ainsi qu'on sentait un bourrelet très-dur adhérent au bord de l'orbite et s'avançant sous la paupière. Le mal paraissait, du reste, ne pas avoir envahi le tissu osseux, mais il était évident que toutes les parties molles avaient été détruites ou étaient infiltrées de matière épidermique.

Pas de ganglions lymphatiques engorgés.

Enlever toutes les parties malades avec l'instrument tranchant, réparer la perte de substance avec un lambeau autoplastique, emprunté à la partie inférieure de la joue, tel est le seul moyen qui me parut applicable dans un cas aussi grave.

L'opération fut pratiquée le 9 mai.



Toutes les parties malades furent circonscrites par une incision profonde, excepté, toutefois, en haut, où je me proposais de faire, dans un autre moment, la section de la paupière inférieure avec des ciseaux.

La dissection fut assez difficile, à cause de la friabilité des tissus, ce qui me força à reporter plusieurs fois l'instrument sur quelques points, afin d'enlever tout le mal.

L'écoulement de sang fut abondant et un grand nombre d'artères furent liées; tout le système vasculaire de cette région paraissait développé d'une manière insolite.

Le bourrelet adhérent au bord de l'orbite, et dont j'ai parlé plus haut, fut détaché de bas en haut, sans avoir été préalablement séparé de la paupière ; celle-ci fut ensuite découpée avec des ciseaux, immédiatement au-dessus des limites du mal.

La perte de substance paraissait alors énorme puisque, d'un côté, elle communiquait largement avec l'orbite, que, d'un autre côté, elle comprenait la moitié de la lèvre supérieure ; et que, tranversalement, elle avait plus d'étendue encore que de haut en bas.

Malgré les deux opérations précédentes, qui avaient nécessairement diminué l'extensibilité de la peau du visage, je pus tailler, en dessous et en dehors de la perte de substance, un large lambeau dont la forme se rapportait, sinon géométriquement, du moins assez exactement, à la forme de l'espace qu'il devait recouvrir.

Pour cela, une incision presque verticale, partant du bord inférieur de la plaie, fut abaissée jusqu'au-dessous du bord de la mâchoire, en passant à un demi-centimètre de la commissure des lèvres.

De la partie inférieure de la région malaire, une seconde incision vint, en formant un demi-cercle, rejoindre la première sous le bord du maxillaire.

Le pédicule du lambeau était donc situé en haut et correspondait, par un des côtés de sa racine, au côté externe de la perte de substance. Ce pédicule avait deux centimètres au moins de largeur.

Le lambeau fut détaché de bas en haut, et, par une dissection portée en avant et en dehors, sous les bords de la plaie, je réussis à faire glisser les parties et à les réunir par la suture entortillée, après avoir fait soulever le lambeau. Ce premier résultat était immense, car il facilitait singulièrement le reste de l'opération. Et, en effet, le lambeau fut très-aisément amené sur la perte de substance, en parcourant un angle d'environ 90 degrés. Plusieurs fils des ligatures furent dirigés vers le point le plus voisin des bords de la plaie; mais la plupart de ces fils, étant fixés vers le centre même de la plaie, furent conduits dans la cavité buccale par une ouverture que je pratiquai, à cet effet, à travers la muqueuse de la lèvre. De cette manière, ils ne pouvaient plus nuire à la réunion du lambeau avec les téguments voisins.

Pour fixer le lambeau, j'eus recours à la suture entortillée, excepté vers la paupière inférieure, où j'appliquai quatre points de suture simple.

Quand l'opération fut terminée, on vit que le lambeau n'était tiraillée dans aucun sens. La partie du visage qui était soumise à la plus forte traction était la lèvre supérieure, de sorte que la commissure labiale était entraînée en haut et en dehors, disposition qui n'était que l'exagération de ce qui existait précédemment, car, par suite des deux premières opérations, la lèvre supérieure avait subi un mouvement ascensionnel, et le nez s'était notablement incliné à droite.

Une simple compresse sèche, attachée au bonnet du

malade, recouvrit le côté droit du visage pour protéger les parties.

Le soir de l'opération, il y eut de la fièvre qui continua pendant trois jours, mais sans avoir un caractère inquiétant.

Le 10 mai, lendemain de l'opération, gonflement du lambeau et des parties voisines ; le lambeau a une coloration un peu foncée ; huit sangsues en avant de l'oreille.

Le 11, le gonflement a augmenté, mais le lambeau a une couleur moins foncée ; l'œil est fermé par suite de la tuméfaction des paupières ; la conjonctive secrète une notable quantité de muco-pus.

En pressant sur le lambeau, je fais sortir du pus, qui s'échappe surtout par en haut, entre les points de suture.

J'enlève tous les fils fixés aux épingles et je les remplace par des fils moins serrés.

Le 12, je réussis, par une traction un peu forte, à arracher une grande partie de ligatures, soit du côté de la peau, soit du côté de la bouche, où j'avais amené la plupart des fils à travers une ouverture pratiquée à cet effet dans le cul-de-sac gengivo-labial, ainsi que je l'ai exposé plus haut.

Le 13, l'écoulement du pus est moins abondant ; les dernières ligatures sont arrachées sans qu'il s'écoule de sang. Le lambeau est adhérent dans la plus grande partie de sa circonférence ; j'enlève tous les points de suture et toutes les épingles qui le maintenaient ; mais, pour ne pas l'abandonner à lui-même, j'ai recours à trois petites bandelettes de linge que je fixe avec du collodion, par une de leurs extrémités, au lambeau lui-même, et par leur autre extrémité à la partie externe de l'orbite, à la partie supérieure du nez et enfin à la lèvre supérieure.

Les épingles de la plaie inférieure ne furent enlevées que le 16 ; la réunion était complète.

Chaque jour, après avoir enlevé les croûtes qui se formaient autour du lambeau, dans les points où la réunion n'était pas achevée, je faisais des lotions avec l'eau de Pagliari.

Le 17 et le 18, pour faciliter l'adhérence de la face profonde du lambeau, je le soumis à une légère compression, au moyen d'une boulette de charpie et d'une bandelette de sparadrap; ce moyen eut un plein succès.

Les jours suivants, le gonflement disparut complétement, la suppuration devint presque nulle, les tissus reprirent leur aspect normal et la guérison put être considérée comme assurée. La paupière inférieure, bien que tendue, conserve une longueur suffisante et n'a pas de tendance à se renverser en formant un ectropion. Grâce à l'extensibilité du lambeau, l'angle de la bouche a pu s'abaisser et se rapprocher de la ligne médiane, de sorte que, sous ce rapport, les traits sont plus réguliers qu'avant l'opération; le nez, lui-même, est moins incliné à droite qu'il ne l'était autrefois.

Cet abaissement de la commissure labiale, favorisé par la contraction musculaire, l'a été également par la rétraction de la cicatrice inférieure de la joue. Cette cicatrice, qui correspond au point où a été emprunté le lambeau, est linéaire et présente une longueur bien moindre qu'on aurait pu le supposer : elle n'a que quatre centimètres et demi, tandis que la plaie avait primitivement six centimètres au moins.

Chéneau a quitté l'Hôtel-Dieu le 23 mai, c'est-à dire le quatorzième jour après l'opération.

Il est peut-être difficile de se défendre de la crainte de voir le mal reparaître encore chez cet homme. Cependant, on doit espérer que la transplantation du lambeau autoplastique va modifier d'une manière avantageuse la vitalité des tissus et prévenir une troisième récidive.

Si cette espérance était déçue, si, vers la circonférence du lambeau, quelques tubercules venaient à surgir et à s'ulcérer et que les lotions d'eau de Pagliari fussent insuffisantes, il ne faudrait pas en conclure que l'art est impuissant et regarder une guérison définitive comme impossible. L'absence de ganglions lymphatiques engorgés, l'absence de toute autre manifestation plus ou moins éloignée d'affection cancéreuse, démontre d'une manière évidente que le mal est tout local et qu'il sera toujours possi-

ble de le détruire, comme toutes les affections épithéliales ou épidermiques, si on réussit à enlever tous les tissus circonvoisins qui ont éprouvé déjà un commencement d'altération.

Pour obtenir un succès complet et radical, il ne s'agit donc que de se tenir en garde et d'avoir de la persévérance.

On a cité, à ce sujet, bien des faits qui peuvent servir d'exemple et d'encouragement, et, parmi ceux que j'ai observés moi-même, il en est un qui me paraît digne d'être rapporté ici.

C'était en 1839, au début de ma carrière médicale : On me présenta un homme de Saint-Étienne-du-Bois (Vendée), jeune encore, mais ayant déjà subi sept opérations pour un cancer de la lèvre inférieure. Trois fois, il avait été opéré à l'Hôtel-Dieu de Nantes, au moyen de l'instrument tranchant, par M. Cochard, oncle, alors chirurgien en chef de cet hôpital ; quatre fois, il s'était soumis à l'application des caustiques, en se mettant entre les mains de femmes de campagne qui, grâce à une tolérance regrettable de l'autorité, exploitent de la manière la plus déplorable et souvent la plus désastreuse, la crédulité des malheureux qui ont ou qui *croient avoir* des maladies cancéreuses.

Chez le malade dont je parle en ce moment, le mal avait donc récidivé sept fois, et cependant ce malheureux n'était pas découragé et était encore disposé à supporter une huitième opération.

La lèvre inférieure et le menton étaient en partie détruits, et, à leur place, existait une large échancrure, au fond et aux bords ulcérés, par où la salive s'écoulait sans cesse ; mais il n'y avait pas de ganglions lymphatiques engorgés.

Deux incisions, partant à un demi-centimètre en dedans de chaque commissure labiale, vinrent se réunir sur la ligne médiane, vers le milieu de la région sus-hyodienne, en comprenant entre elles, non-seulement les parties malades, mais encore une certaine étendue de parties qui paraissaient complétement intactes.

En détachant les joues de la mâchoire inférieure, jusqu'au point où passe l'artère faciale, je pus ramener les bords de la plaie sur la ligne médiane et les réunir par la suture entortillée. J'obtins une réunion immédiate, et la lèvre inférieure, qui n'avait alors qu'un centimètre de longueur, s'est allongée peu à peu et a acquis, au bout de quelques mois, des dimensions suffisantes.

Mais ce que je tenais surtout à établir ici, c'est que la guérison a été définitive, ainsi que j'ai pu le constater un grand nombre de fois.

Observation IVe.

Érysipèle de la face; gangrène des paupières; destruction de la paupière inférieure; guérison à l'aide de la blépharoplastie.

La destruction partielle ou totale des paupières altère si profondément la physionomie, l'expression du visage, la régularité des traits, compromet d'une manière si grave le globe de l'œil et dans sa structure et dans ses fonctions, qu'il n'est pas étonnant que, dès la plus haute antiquité, on ait cherché à y remédier.

Cependant, il faut bien avouer que les efforts qu'on avait faits, dans ce but, sont restés à peu près stériles jusqu'à la création de la blépharoplastie, opération toute moderne.

Ce fait est d'autant plus remarquable que l'origine de la rhinoplastie se perd dans la nuit des temps, et que cette dernière opération aurait dû conduire à la première, puisqu'elles reposent toutes deux sur les mêmes principes. La perte des paupières, entraînant plus de gêne et plus de dangers et constituant une difformité au moins aussi choquante que la perte du nez, on est porté à se demander pourquoi l'art ne s'est pas ingénié plus tôt à y remédier d'une manière efficace?

C'est qu'il y a chez l'homme un sentiment qui domine et la crainte du danger et l'aiguillon, pourtant si puissant, de l'amour-propre, je veux parler du désir de se sous-

traire au déshonneur. Or, on sait que chez les Indiens la perte du nez était un supplice infligé légalement à certains criminels, et que ceux qui l'avaient subi étaient ainsi marqués du sceau de l'infamie.

Ces mots suffisent pour expliquer comment la rhinoplastie est de date si ancienne, et comment la blépharoplastie n'a été créée que lorsque les travaux et les expériences de nos contemporains eurent généralisé l'autoplastie.

Jusque-là, nous n'étions guère plus avancés qu'on ne l'était du temps de Celse, qui résume ainsi ce qu'il savait sur la restauration des paupières : *si nimium palpebræ deest, nulla id restituere curatio potest; si exiguum, mederi licet.*

Je sortirais de mon sujet, si je rappelais et le traitement conseillé par Celse pour guérir l'*ectropion*, et les autres opérations instituées depuis dans le même but; j'ai à raconter un cas de blépharoplastie, c'est-à-dire de restauration de toute une paupière, opération dont les premiers essais datent, en France du moins, de vingt ans seulement.

Disons, cependant, que des opérations de blépharoplastie, peu connues dans notre pays, avaient été faites auparavant, avec des succès variables, par Grœfe, Dzondi, Fricke et Jungken. C'est le procédé de Fricke, modifié par Van Ammon, qui est suivi généralement aujourd'hui. Par ce procédé, on évite la torsion du pédicule du lambeau, et, par conséquent, la section ultérieure de ce pédicule.

Malgré ce perfectionnement important, l'autoplastie pulpébrale est loin de constituer une opération uniforme et soumise à des règles fixes, *loin de là; c'est peut-être, de toutes les opérations du même genre, la moins semblable à elle-même dans les diverses circonstances qui la nécessitent, celle qui comporte le plus de variétés dans la manière d'y procéder. Peut-être n'a-t-elle jamais été pratiquée deux fois de la même façon?* (Roux. loco citat.)

Cette citation, empruntée à un maître dont j'aime à invoquer le souvenir et l'autorité, me fait espérer qu'on trouvera quelque intérêt à la lecture de l'observation suivante,

que je considère comme un très-bel exemple de blépharoplastie.

La nommée Jamin (Eliza), journalière, âgée de 19 ans, me fut adressée, le 25 octobre 1854, par le docteur Méchineau, de Clisson, pour une lagophtalmie du côté droit, portée au plus haut degré et donnant un aspect repoussant à un visage, d'ailleurs régulier, et même assez agréable quand on le regardait de profil du côté gauche.

Cette jeune fille avait eu, six mois auparavant, dans le courant d'avril, un érysipèle de la face, qui se termina par des abcès dans les paupières et par la gangrène de ces voiles membraneux, et même d'une partie de la peau de la région temporale.

Après la chute des escarres, la cicatrisation marcha rapidement, et, dès le mois de juin, les choses étaient dans l'état où il m'a été donné de les observer.

Des cicatrices irrégulières et adhérentes existent en dehors de l'orbite, vers la région temporale. La paupière supérieure, bornée à peu près à sa portion tarsienne, n'a plus qu'un centimètre à peine de hauteur. Le muscle orbiculaire ayant été presque entièrement détruit, ce reste de paupière ne jouit que de mouvements extrêmement bornés. Cependant, les cils ont conservé leur régularité, le point lacrymal est intact, et bien que très-incomplète, cette paupière n'a rien de trop choquant et protége encore la partie supérieure du globe de l'œil.

Mais il en est autrement de la paupière inférieure; ici la gangrène a produit des accidents bien autrement graves.

Le bord libre de la paupière n'est plus indiqué que par des cils disposés irrégulièrement sur un tissu de cicatrice adhérent à la partie antérieure du maxillaire supérieur et de l'os malaire; la conjonctive rouge, enflammée, fortement tiraillée en bas, laisse le globe de l'œil à découvert. Sous cette membrane muqueuse, on sent le cartilage tarse renversé complétement, de telle sorte que son bord inférieur est devenu supérieur. On ne retrouve aucune trace du point lacrymal, et des larmes coulent continuellement sur la joue.

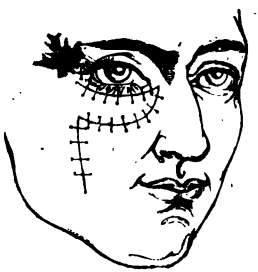
L'écartement des deux paupières est tel, que leur com-

missure externe, tendue jusqu'au-delà des limites de son extensibilité naturelle, est déchirée et ulcérée.

La conjonctive oculaire est enflammée, surtout en bas, et une injection radiée et profonde indique que la cornée transparente est menacée aussi d'être envahie par l'inflammation. Par suite du déplacement de la conjonctive palpébrale, le globe de l'œil n'a que des mouvements très-peu étendus.

Pour remédier à cette difformité, il n'y avait qu'un seul moyen : faire une paupière inférieure nouvelle, au moyen d'un lambeau de peau emprunté aux parties voisines.

L'opération fut pratiquée le 28 octobre, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle 8, où j'avais fait placer la malade.



Une incision demi-circulaire, commençant un peu au-dessous de la commissure externe, et éloignée du bord ciliaire de 3 millimètres environ, fut pratiquée, parallèlement à ce bord, sur la limite du tissu cicatriciel et de la peau de la joue. Par une dissection rapide, je détachai les tissus, d'abord des os auxquels ils adhéraient, puis du tissu cellulaire de l'orbite.

Ce premier temps de l'opération achevé, je saisis, entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, le cartilage tarse que je fis basculer, de manière à ramener en bas son bord inférieur, qui, je l'ai déjà dit, était devenu supérieur. Une aiguille courbe fut portée au fond de la plaie et me permit de passer un fil à travers le cartilage tarse que je pus ainsi faire maintenir par un aide dans la position que

je lui avais donnée. Mais j'acquis bientôt la certitude que ce moyen était insuffisant, à moins d'une traction très-forte, et je crus prudent d'y renoncer avant la fin de l'opération.

En écartant les bords de la plaie, je pus juger de l'étendue du vide qu'il y avait à combler, et, par conséquent, des dimensions que je devais donner au lambeau.

Je taillai le lambeau en faisant sur la joue une incision verticale de quatre centimètres et demi de longueur, partant de l'angle externe de l'incision horizontale, ou plutôt se confondant avec elle, dans l'étendue d'un centimètre environ, et une seconde incision verticale, à trois centimètres en dehors de la précédente; qu'elle vint rejoindre en bas en s'incurvant un peu.

Ce lambeau, avant d'être séparé des parties sous-jacentes, était donc circonscrit en avant, par une ligne droite verticale dans toute son étendue; en dehors, par une ligne, parallèle à la première dans les 3/5 supérieurs, et courbe dans les 2/5 inférieurs : le point de jonction de ces deux lignes formait un angle aigu. L'incision externe, commençant un peu plus bas que l'interne, la base du lambeau était oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La dissection du lambeau fut portée, en haut, au-delà de sa base, pour faciliter son inclinaison ainsi que l'élévation du bord de la paupière.

Le lambeau étant soulevé par un aide, je rapprochai, par la suture entortillée, la plaie verticale qui se trouvait dans le point où il avait été pris. Cette suture se fit sans tiraillement, grâce aux décollements que j'avais eu soin d'opérer.

En soulevant ensuite le bord de la paupière, j'entraînai, dans le même mouvement, la partie antérieure de la base du lambeau, qui exécuta, pour ainsi dire de lui-même, un quart de cercle, de manière à venir combler, sans torsion appréciable, le vide qui se trouvait formé par l'écartement des lèvres de la plaie horizontale. Le lambeau s'adapta à la perte de substance avec une telle régularité, les angles rentrants et les angles saillants s'ajustèrent si bien, qu'un confrère, témoin des résultats de cette opération, la comparait à un ouvrage de marqueterie.

Le lambeau fut fixé en place par seize points de suture entrecoupée, huit pour son bord supérieur, huit pour son bord inférieur. Enfin, pour remédier, autant que possible, à l'élongation qu'avait subie le bord palpébral, et à l'ulcération de la commissure externe, je mis les parties ulcérées à l'état de cruentation au moyen de deux coups de ciseaux, puis une épingle à insecte, passée de bas en haut, me permit de rapprocher les paupières par la suture entortillée et de rétrécir la commissure de trois millimètres.

Cette petite opération accessoire eut une action très-favorable sur la position du cartilage tarse.

Des compresses d'eau froide furent appliquées sur la joue et sur l'œil, pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'opération. La fièvre fut modérée; mais le gonflement du lambeau et des parties voisines fut assez considérable. Le troisième jour, le lambeau étant soulevé par du pus, je donnai un libre écoulement à ce liquide en enlevant deux points de suture.

Le quatrième jour, je retirai les épingles de la joue; dans ce point, la réunion était parfaite; le même jour, j'enlevai la plupart des points de suture, n'en laissant que deux en haut et deux en bas, par précaution.

La réunion avec le bord palpébral se fit très-bien; la réunion avec la joue se fit également, excepté dans le point par où s'écoulait le pus, dont la quantité diminuait chaque jour d'une manière sensible.

L'épingle de la commissure externe des paupières fut retirée le cinquième jour; la réunion s'était faite et paraissait solide.

Le huitième jour, il n'y avait presque plus de suppuration sous le lambeau, mais il survint un gonflement douloureux de toute la région parotidienne et de la joue, au niveau de la cicatrice. Celle-ci s'entr'ouvrit bientôt et donna passage à du pus qui semblait venir d'en haut.

Dans la crainte que, par l'effet de ce gonflement, le lambeau ne fût entraîné en dehors, je le soutins du côté du nez au moyen d'une bandelette de linge, fixée avec du collodion.

Deux autres bandelettes, fixées, l'une, près de la pointe,

l'autre, près de la base du lambeau, prirent, en haut, leur point d'appui sur le front, en laissant entre elles un intervalle suffisant pour ne pas gêner l'œil.

Quatre sangsues furent appliquées derrière l'oreille. Les accidents se calmèrent les jours suivants, mais je gardai quelque temps encore la malade à l'hôpital, et elle ne retourna dans sa famille que le 1er décembre.

Alors, son état était aussi satisfaisant que possible. La nouvelle paupière avait une hauteur suffisante pour recouvrir la partie inférieure du globe de l'œil et pour retenir les larmes, qui ne coulaient plus sur la joue comme avant l'opération.

Mais il restait encore un ectropion, avec renversement *incomplet* du cartilage tarse. Pour faire disparaître cet ectropion, j'avais l'intention de faire une nouvelle opération, en suivant le procédé de W. Adams, qui a réussi si souvent entre les mains de M. Roux, et qui seul pouvait remédier à l'excès de longueur du bord ciliaire.

Malgré mes recommandations, la malade n'est pas revenue me voir, comme je l'espérais. Peut-être redoute-t-elle de nouvelles souffrances, ou bien se trouve-t-elle satisfaite du résultat qu'elle a déjà obtenu.

Quoi qu'il en soit, je regretterais de ne pas pouvoir achever mon œuvre, en faisant disparaître les dernières traces d'une difformité qui nuit encore, à un certain degré, à l'harmonie du visage.

Il me semble que toutes les fois que la paupière a été détruite par une cause quelconque et que le bord ciliaire a été entraîné au loin par la formation d'une cicatrice irrégulière, ce bord doit toujours subir une telle élongation, que, lors même qu'il est ramené à sa position normale par une opération convenable, la rétractilité naturelle des tissus reste insuffisante pour lui rendre sa longueur primitive.

Il faut donc, dans ce cas, diminuer la longueur du bord palpébral par une incision qu'on doit pratiquer, soit en même temps qu'on pratique la blépharoplastie, soit (ce qui est bien préférable à mon avis), lorsque le succès de la première opération est asssuré.

On a pu remarquer que, dans l'opération que je viens de décrire, j'ai suivi le précepte, bien formulé, pour la première fois, par Van Ammon, de tailler le lambeau de telle manière qu'il forme un angle droit avec la perte de substance qu'il doit combler.

En agissant ainsi, on évite la torsion du pédicule, et la cicatrice irrégulière qui en résulte. Sans doute, au lieu d'avoir une cicatrice placée sur la tempe, où elle peut être dissimulée par les cheveux, on a une cicatrice à la joue; mais cette cicatrice est linéaire et peu apparente. Disons encore que, lorsque le lambeau n'a pas besoin de subir de torsion, il n'est pas nécessaire de lui donner autant de longueur, et, par conséquent, on cause moins de dégâts dans les parties voisines.

En laissant, ce qui est impossible dans les autres procédés, une large base au lambeau, on ne modifie pas sensiblement sa vitalité, et on évite ainsi, soit la gangrène, soit, au contraire, cette hypertrophie choquante dont on a rapporté plus d'un exemple, à la suite de la blépharoplastie.

Enfin, en taillant le lambeau de manière à ce que sa base fût oblique, et que son bord interne se confondît en haut, dans une petite étendue, avec le bord même de la perte de substance, j'ai rendu le glissement du lambeau extrêmement facile; et, de vertical qu'il était d'abord, il a pu devenir horizontal, sans que, vers sa racine, il se formât de plis ou de godet bien appréciables.

Je noterai, comme une chose très-avantageuse, la suture pratiquée à la commissure externe des paupières : par ce moyen, j'ai rapproché cette commissure de la ligne médiane dont elle se trouvait trop éloignée; j'ai combattu le renversement du cartilage tarse; enfin, j'ai soulevé le bord palpébral inférieur, et, par suite, le bord supérieur du lambeau.

Je crois, en terminant, devoir attirer l'attention sur la forme que j'ai donnée au lambeau. Les auteurs disent, en effet, qu'il doit figurer une ellipse, un triangle, un carré, selon les indications qui ressortent de la forme même de la perte de substance. Dans les cas analogues à celui que j'avais à traiter, on conseille généralement un lambeau

elliptique. Or, on se souvient que, chez ma malade, il était dessiné, en dedans, par une ligne droite, dans toute son étendue, et, en dehors, par une ligne courbe, à sa partie inférieure.

Le bord convexe s'est adapté parfaitement au bord concave que présentait, en bas, la perte de substance ; d'un autre côté, lorsque le lambeau fut placé dans le lieu qui lui était destiné, il fut facile de se convaincre que, si son bord supérieur eût été convexe, le milieu de la paupière eût été trop saillant. Tandis que, ce bord étant droit, représentait aussi exactement que possible, la forme naturelle de la paupière.

En rapportant les faits qui précèdent, et que j'ai choisis, entre plusieurs autres, comme formant, en quelque sorte, un groupe naturel, j'ai cherché à faire ressortir les détails qui m'ont paru offrir le plus d'intérêt, surtout au point de vue du manuel opératoire. Ces détails sont comme la preuve de ce que je disais en commençant, que, dans les cas d'autoplastie, les indications sont variées à l'infini, et que le chirurgien, tout en profitant de l'expérience des autres, doit toujours savoir trouver en lui-même des ressources nouvelles. Il importe de savoir que la peau se prête, avec une merveilleuse facilité, à des glissements, à des déplacements et même à des migrations successives qui permettent, lorsqu'on sait tirer parti de ces avantages, d'arriver à des résultats véritablement inespérés. Aussi, quelle que soit la gravité des cas qui se présentent, quelles que soient l'étendue et la forme des pertes de substance qu'il s'agit de réparer, il faut ne pas perdre courage et lutter contre les difficultés, en se souvenant que, selon l'expression inspirée à M. Roux, par ses propres succès, *il n'y a peut-être rien d'impossible en fait de restauration de la face.*

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE.

BULLETIN DES SÉANCES.

Séance du 13 juillet 1855.

PRÉSIDENCE DE M. LETENNEUR.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Letenneur, pour la lecture de plusieurs faits d'autoplastie faciale (1).

Pendant cette lecture, M. Mahot, vice-président, préside la séance.

(1) Voir le numéro précédent, p. 143.

Le travail de M. Letenneur donne lieu à quelques réflexions.

M. Leborgne pense que l'affection qui avait détruit une partie considérable du nez, chez la malade dont a parlé M. Letenneur, était une affection syphilitique. Tous les cas de ce genre, qu'il a été à même d'observer, étaient dus à la syphilis. Il pense que le cancer n'attaque presque jamais cette région, et que la syphilis est peut-être la seule cause des déperditions de substance du nez.

M. Letenneur répond qu'il a interrogé la malade sur l'existence d'antécédents syphilitiques et qu'il n'a obtenu que des réponses négatives. Il n'attache pas, toutefois, à ces renseignements une grande importance; il a pu, en effet, être trompé par la malade, mais l'aspect de l'ulcère était bien celui des cancroïdes du nez.

M. Leborgne ajoute que ce qui le confirme dans sa manière de voir, c'est que le véritable cancer ne guérit pas radicalement, et qu'il est toujours suivi de récidive. C'était l'opinion de Boyer, qui disait que les cas de guérison qu'on pouvait citer n'étaient pas des cas de cancer. Dupuytren, à l'aide d'un traitement antisyphilitique, obtenait la résolution de tumeurs du testicule que d'autres chirurgiens lui adressaient comme des tumeurs cancéreuses. Cela fait voir combien ces erreurs de diagnostic sont faciles.

M. Lequerré partage l'opinion de M. Letenneur sur la nature de l'affection de cette malade. Il fait observer que les affections syphilitiques attaquent presque toujours les os du nez, quand elles ont leur siége dans cette région, et qu'elles ne se bornent pas à la peau comme les cancroïdes.

M. Malherbe lit une note sur le *changement que certaines péricardites apportent dans les rapports de fréquence de la respiration et du pouls* (1).

M. Aubinais trouve très-intéressants les aperçus nou-

---

(1) Voir plus loin, p. 180.

veaux présentés par M. Malherbe, sur la relation qu'ont entre elles les fonctions respiratoire et circulatoire. S'il a bien saisi, toutefois, le sens d'une citation faite par M. Malherbe, il croit devoir faire observer que le pouls, à la suite des pertes de sang abondantes et rapides, loin d'être ralenti comme il a cru l'entendre dire, est au contraire très-accéléré.

M. Malherbe répond qu'il n'est pas dit, dans le passage cité par lui, que le pouls se ralentit à la suite des hémorrhagies abondantes; c'est la respiration qui se ralentit, tandis que le pouls s'accélère.

M. Marcé lit ensuite une observation de morve aiguë (1).

Séance du 11 août 1855.

PRÉSIDENCE DE M. LETENNEUR.

La Section a reçu :

1° Une lettre de M. Marjolin, secrétaire de la Société de Chirurgie de Paris, par laquelle il lui fait connaître les prix mis au concours par cette Société, et la prie de vouloir bien insérer ce programme dans son journal;

2° Essai sur la névralgie intercostale, par le Dr Lecadre;

3° Notice biographique sur Frissard, par le Dr Lecadre;

4° Bulletin des maladies chroniques et de l'établissement hydrothérapique d'Auvergne, à Brioude, par le Dr Andrieux.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Malherbe, pour la lecture d'une observation d'acéphalie (2).

Après cette lecture, *M. Hélie* prend la parole : il remercie l'auteur de son intéressante communication. Cet acéphale, dont la dissection a été bien faite, lui paraît différer de ceux que l'on rencontre habituellement ; car,

(1) Voir plus loin, p. 183.
(2) Voir plus loin, p. 195.

si l'absence du cœur a été constatée ici comme dans tous les cas de ce genre, on a rencontré, ce qui est une exception, un poumon entier et les rudiments de l'autre, ainsi que le foie. M. Hélie aurait désiré savoir quel était au juste le développement de la moëlle épinière. Allait-elle jusqu'à la fin du canal sacré? Comment se terminait-elle à son extrémité inférieure?

M. Malherbe répond qu'elle présentait sa longueur et sa disposition normales.

M. Hélie fait observer alors que les os du bassin étaient très-développés; on peut donc concevoir le développement d'un fœtus, dépourvu de cerveau, s'effectuant par le seul moyen de la moëlle. Ce que, d'après lui, ce monstre présente de plus étrange, c'est l'absence complète du cœur et l'existence d'un fluide se mouvant dans les vaisseaux sanguins, lorsque, surtout, l'on n'a pas trouvé de veines accompagnant les artères des membres inférieurs; car, comment se rendre compte du cours du sang avec une pareille disposition anatomique? Cela paraît presque impossible. Cet acéphale diffère encore, par l'absence d'estomac, l'existence du foie et d'organes sexuels assez bien caractérisés, d'un monstre du même genre, chez lequel M. Hélie avait rencontré des reins énormes, un squelette plus développé et le rudiment de l'un des membres supérieurs.

M. Malherbe dit que Breschet a constaté ces variations chez les acéphales; ainsi, il en est un certain nombre qui ont un foie, mais l'estomac n'existe que chez ceux dont la poitrine présente un haut degré de développement. Quant à la manière dont s'effectue la circulation, il ne se charge pas de l'expliquer; mais cela n'empêche pas qu'il soit très-commun de ne pas rencontrer de vaisseaux veineux chez les acéphales, et ce fait a encore été relaté par Breschet, qui a noté, en outre, l'existence fréquente d'un cœur en général mal conformé.

M. Hélie répond que Breschet a cependant représenté les deux ordres de vaisseaux artériels et veineux chez les acéphales. Il ne peut s'empêcher de trouver singulière

l'opinion qui veut que le sang arrive au fœtus par l'artère ombilicale; il lui semble beaucoup plus naturel d'admettre que le sang suit un ordre inverse.

M. Aubinais diffère d'opinion avec M. Malherbe et la plupart des auteurs touchant l'influence des grossesses gémellaires sur la production des acéphales. Suivant lui, cette influence serait plus marquée sur la production de l'anencéphalie. Il croirait beaucoup plus volontiers à l'influence des coups, chûtes, exercices violents durant la gestation. A ce sujet, il pense que l'on pourrait consulter avec fruit un ouvrage dont il a eu déjà occasion d'entretenir ses collègues, et qui est intitulé : *Fêtes et courtisanes de la Grèce, suite du voyage d'Anténor*. On y cite, en effet, des aberrations très-fréquentes et monstrueuses de la nature, et cela en dehors de tout esprit de système physiologique préconçu, l'auteur étant tout-à-fait étranger aux préoccupations de cette sorte. En somme, l'étiologie de ces monstruosités est encore peu connue, et l'on voit les femmes les plus sédentaires mettre au monde de pareils fœtus.

M. Gautron père est appelé à faire une communication. Il fait passer sous les yeux des membres de la Section, plusieurs calculs provenant de la vessie et des intestins, et donne lecture de l'analyse de ces divers calculs, analyse faite par M. Moride et extraite d'un travail inédit bien plus étendu, que prépare ce dernier, sur l'histoire des maladies calculeuses et sur la nature des calculs chez l'homme et les animaux de l'Ouest de la France (1).

Après cette lecture, la séance est levée.

Le secrétaire,

L.-F. CHAMPENOIS.

---

(1) Voir plus loin, p. 200.

DU CHANGEMENT que certaines péricardites apportent dans les rapports de fréquence de la respiration et du pouls, par M. MALHERBE, D.-M., *médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, secrétaire du Conseil central d'hygiène publique et de salubrité.*

M. Marcé, interne des hôpitaux de Paris, vient de publier un intéressant travail sur les rapports numériques qui existent chez l'adulte, à l'état normal et à l'état pathologique, entre le pouls et la respiration. Ce travail, fondé sur des recherches d'érudition et sur de nombreuses observations personnelles, a conduit l'auteur à formuler entre autres les propositions suivantes : « En général, à l'état » physiologique ou à l'état pathologique, il y a harmonie » entre les mouvements de la respiration et de la circula- » tion, qui s'accélèrent ou se ralentissent simultanément.

» Le chiffre qui, à l'état normal, exprime le rapport » entre le nombre des pulsations et celui des respirations, » est, en moyenne, de 3 1/2.

» Ce rapport n'est pas constant. Quand le nombre des » pulsations tombe au-dessous de la moyenne normale, le » nombre des respirations reste proportionnellement supé- » rieur ; quand le nombre des pulsations s'élève de beau- » coup au-dessus de l'état normal, le nombre des respira- » tions, tout en augmentant d'une manière absolue, reste » proportionnellement inférieur ; en un mot, le chiffre du » rapport augmente avec le nombre des pulsations.

» Le chiffre qui exprime ce rapport varie entre 2,69 et » 3,40. »

Dans certains cas, l'harmonie entre les deux fonctions est troublée, et la respiration se trouve tantôt accélérée, tantôt ralentie, relativement au pouls.

Pour ce qui est de l'accélération, M. Marcé a établi que les maladies des poumons et du cœur n'avaient aucune part dans la production de ce phénomène, qui dépend uniquement de l'existence du point de côté et qui disparaît avec lui.

Les affections cérébrales comateuses et les pertes de sang subites et considérables sont les seules causes qui amènent le ralentissement proportionnel des mouvements respiratoires (1).

Les faits que nous allons vous rapporter, tout en restant d'accord avec les principes posés par M. Marcé, diffèrent cependant assez de ceux qui font la base de son travail, et nous croyons pouvoir affirmer qu'il n'en a rencontré de semblables ni dans les auteurs, ni chez les malades soumis à son observation, car il n'aurait pu manquer de les signaler.

Nous avons observé trois cas de péricardite aiguë avec épanchement considérable et rapide de sérosité, dans lesquels les mouvements respiratoires étaient, absolument parlant, plus fréquents que les battements du pouls. Le premier de ces cas nous a été montré par M. Marion de Procé: il y avait cinquante-six respirations par minute, et seulement quarante-huit pulsations; le rapport était représenté par la fraction 6/7e. Le deuxième cas nous a laissé des souvenirs moins précis, mais les mouvements respiratoires étaient également plus fréquents que les pulsations.

Le troisième cas nous a été présenté à l'Hôpital général, par un frère de l'école des sourds-muets, âgé de 20 à 21 ans, d'une constitution faible, peut-être strumeuse. Le

(1) Il y faut joindre la section des nerfs pneumogastriques, à la suite de laquelle on voit le pouls s'accélérer et la respiration se ralentir progressivement jusqu'au moment de la mort, et ce trouble est plus sensible alors que dans aucune autre circonstance.

début de la maladie fut caractérisé par quelques jours de malaise et des douleurs sourdes à la région précordiale ; puis, tout-à-coup, douleur vive à la même région, anxiété extrême, dyspnée, respiration à 64 par minute ; peau un peu chaude, pouls faible, déprimé, serré, à 52. (Rapport entre le pouls et la respiration, 13/16.) La main, appliquée sur la région du cœur, ne perçoit aucun choc ; la région précordiale est le siége d'une voussure notable et d'une matité étendue. A l'auscultation, les bruits du cœur s'entendent faiblement et dans l'éloignement ; ils deviennent un peu plus forts, quand on fait asseoir le malade ; mais il n'y a pas plus de choc appréciable dans la position verticale que dans la position horizontale. (Remarquons en passant, que ce jeune frère, qui n'a jamais eu de rhumatisme, est chargé de faire la cuisine, et qu'il reste presque toute la journée dans une position telle que la région du cœur reçoit la chaleur du fourneau.) Le traitement s'est composé d'applications de sangsues, de larges vésicatoires volants, *loco dolenti*, et de quelques purgatifs ; la douleur a disparu rapidement ; la résorption de l'épanchement a été assez prompte, et la respiration et la circulation ont repris leurs rapports normaux au bout de trois jours.

Néanmoins, la convalescence a été longue, et la persistance de quelques douleurs sourdes à la région précordiale, une grande tendance à l'essoufflement, ont obligé le malade à un long repos et à l'abandon des fonctions de cuisinier. Nous avons su, plus tard, qu'il s'était complètement rétabli.

Nous voyons, dans ces trois cas de péricardite, une interversion complète des rapports de la circulation et de la respiration que nous n'avons trouvée indiquée nulle part. Le rapport numérique entre les deux fonctions était exprimé par une fraction, tandis que le chiffre le plus bas trouvé par M. Marcé est 2,69. Nous pensons qu'ici, comme dans les observations de M. Marcé, c'est au point douloureux qu'il faut attribuer l'accélération de la respiration ; les douleurs de la péricardite causent, comme chacun le sait, bien plus d'anxiété, toutes choses égales d'ailleurs, que celles

de la pleurésie : le ralentissement de la circulation dépend, au contraire, selon nous, de l'obstacle qu'oppose aux mouvements du cœur le développement subit d'un épanchement considérable. Nous avons, depuis plusieurs années, et chez des malades dans toutes les conditions possibles, recherché si d'autres causes pouvaient aussi troubler l'harmonie des mouvements du pouls et de la respiration, et les résultats négatifs de cette recherche nous ont conduit à considérer l'interversion du rapport de ces deux fonctions comme le signe pathognomonique des épanchements aigus et abondants de sérosité dans la cavité du péricarde. Nous ferons remarquer, en finissant, que le sujet de notre observation était faible et strumeux ; s'il n'en était pas ainsi des deux autres malades que nous avons seulement cités, nous nous souvenons parfaitement qu'ils avaient été soumis d'avance à l'action de causes débilitantes : circonstances qui, dans les phlegmasies des membranes séreuses, favorisent la formation des épanchements considérables de liquide, tandis que les produits plastiques sont nuls ou peu abondants.

OBSERVATION de Farcin chronique suivi de Morve aiguë, par M. COMBEAU, *interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes (service de* M. MARCÉ).

Le nommé Gouardo, François, manœuvre, âgé de 32 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 12 mars 1855. Cet homme paraissait d'une constitution assez forte. Au mois de février dernier, il habitait encore les environs de Saint-Brieuc ; mais, dans

le même mois, il émigra avec sa femme et ses deux enfants. Pendant les quinze jours qui précédèrent son départ, il logea chez un voiturier-commissionnaire, possesseur d'un cheval morveux. Il y couchait avec sa famille, à trois pas du lieu où reposait l'animal ; nulle cloison ne les séparait. Quand il partit pour Nantes, ce fut avec le même cheval ; aussi, pendant le voyage, qui dura 8 jours, le nommé Gouardo dut-il encore avoir des rapports fréquents avec l'animal malade. Dès le lendemain de son arrivée à Nantes, c'est-à-dire dans les premiers jours de mars, il fut pris d'une angine intense, à laquelle s'ajoutèrent bientôt des symptômes de bronchite.

Douze jours plus tard, sa petite fille, âgée d'un an, tombait aussi malade. Des vomissements, la diarrhée, le gonflement des jambes et du ventre, des excoriations noirâtres, avec suintement purulent aux oreilles, tels sont les symptômes qu'elle présenta, si l'on en croit sa mère. Elle mourut après 20 jours de maladie.

Quoi qu'il en soit, l'angine et la bronchite du père ne disparaissaient pas : il se plaignait aussi de douleurs vagues dans tout le corps. Il entra à l'Hôtel-Dieu le 12 mars. Des préparations calmantes, des sangsues appliquées à la gorge, un vomitif, tels furent les moyens successivement employés et qui parurent amener un peu d'amélioration. Mais, vers le 25 mars, la diarrhée se montra pendant quelques jours. Le malade semblait abattu. Tout cela, joint aux signes de bronchite, pouvait faire penser à une fièvre typhoïde mal dessinée, surtout quand, dans les premiers jours d'avril, on vit des abcès se manifester sur différents points du corps.

A la partie interne du pied gauche, était un gonflement rouge, œdémateux, où parfois des élancements douloureux se faisaient sentir : une incision fut faite; il s'en écoula un pus épais, verdâtre, mêlé de grumeaux sanguins noirâtres. — A la partie moyenne et externe de l'avant-bras droit, s'étaient développés deux autres petits abcès, mais sans aucun symptôme inflammatoire. A leur ouverture, ils rendirent un pus à peu près semblable à

celui de l'abcès précédent. — L'engorgement momentané de la glande thyroïde avait un instant fait craindre le développement d'une autre collection purulente, mais cet engorgement se dissipa.

Tout cet ensemble de symptômes et l'abattement progressif du malade, nécessitèrent l'emploi des toniques. Le quinquina fut donné (4 avril). On put croire, pendant quelques jours, à une amélioration durable.

Mais, vers le 13 avril, des frissons irréguliers survinrent : le soir, il y avait des exacerbations fébriles assez intenses, accompagnées de sueurs abondantes, et, parfois, d'un peu de subdelirium. L'appétit était presque nul, le dévoiement n'existait pas, mais la prostration était grande : il y avait somnolence et rêvasseries fréquentes; les abcès restaient sans cicatrisation. Le malade conservait toujours un peu de toux sèche, quelques râles sous-crépitants dans la poitrine, et quelque peu d'enrouement dans la voix ; l'angine avait pourtant disparu.

16 avril. — Tout en était là, quand le malade se plaignit d'éprouver, à la partie supérieure de l'épaule droite, une douleur vive, augmentée par la pression : il n'y avait point encore de changement de couleur à la peau; l'épaule ne présentait qu'un empâtement œdémateux. Mais, le 20 avril, à l'endroit douloureux, parut une surface rosée, large comme la paume de la main et ayant un contour irrégulier. Quelques jours plus tard, se développaient, sur cette surface, des phlyctènes nombreuses, et entourées d'un cercle violacé. Le 25 avril, le fond des phlyctènes rompues était noirâtre. Leur grand nombre transformait donc la surface rosée en une plaque noire, sèche, dure, déprimée, sur laquelle une foule de petites dépressions secondaires indiquaient la place primitivement occupée par les phlyctènes disparues. Une seconde plaque, entièrement semblable à la première, mais de moindre dimension, s'était formée en arrière de la précédente. Tout près, sur la même épaule, un groupe de pustules s'était developpé : ces pustules, un peu résistantes, avaient un sommet bleuâtre, non ombiliqué; elles étaient entourées d'une

auréole violacée. L'épaule avait considérablement augmenté de volume.

20, 28 avril. — Pendant l'apparition de tous ces symptômes locaux, l'état général s'aggravait d'une manière notable. L'appétit avait complètement disparu; la diarrhée revint; la partie antérieure des fosses nasales était sèche; mais, dans le pharynx, étaient des mucosités filantes, troubles, visqueuses, qui semblaient évidemment descendre de la partie supérieure du voile palatin, et qui, parfois, restaient suspendues à la luette. — Le pouls devenait de plus en plus faible en augmentant de fréquence. Un cercle ecchymotique violacé entourait l'ouverture béante siégeant à l'abcès du pied. Une cicatrice semblait avoir fermé les abcès du bras. Çà et là, sur les membres, paraissaient quelques ecchymoses bleuâtres. — La prostration du malade augmentait, sa figure était pâle et amaigrie, ses mouvements devenaient lents et indécis; il n'accusait plus guère que les douleurs de son épaule. A la fin, la somnolence et le subdelirium étaient presque continuels. Cependant, toutes les fois qu'on interrogeait le malade, il sortait encore de cet état pour faire une réponse lente, mais bien comprise. Il succomba le 28 avril.

AUTOPSIE.

Membre supérieur droit. — L'épaule droite était considérablement augmentée de volume; la pression exercée sur la peau de cette région, faisait sentir une induration notable dans les parties sous-jacentes. C'est à peu près au centre de cette surface indurée, que se trouvait la plaque noire, sèche, déprimée, dont j'ai parlé plus haut. Elle n'avait pas changé de caractère, pas plus que les pustules qui se trouvaient dans son voisinage. Elle offrit, au scalpel qui la divisa, la dureté du parchemin; elle n'en avait guère aussi que l'épaisseur. Au-dessous d'elle, était un tissu cellulaire, épais, marbré, ferme et comme lardacé, au milieu duquel se trouvaient des infiltrations sanguines et une multitude de petits noyaux purulents, très-distincts, dont

la plupart n'avaient guère que le volume d'un grain de millet. Cependant, on y rencontra deux collections purulentes plus considérables, ayant à peu près le volume d'une amande. Le pus en était homogène, épais, visqueux et brunâtre.

Des incisions profondes furent pratiquées sur le sommet des pustules, perpendiculairement au plan de la peau : sur le plan de section, on aperçut alors des lignes grisâtres de tissus plus ou moins ramollis, partant du sommet des pustules et venant aboutir à des foyers profonds. Ainsi, ces pustules ne semblaient être qu'une efflorescence révélant au dehors l'existence et le siége d'altérations profondément cachées.

Au-dessous du tissu cellulaire, le muscle deltoïde et la portion sus-scapulaire du trapèze avaient entièrement changé d'aspect : on pouvait à peine y distinguer la direction de leurs fibres. Ces muscles étaient partout infiltrés de sang, et semés d'une multitude de tout petits foyers, contenant un pus plus ou moins élaboré. Ces tissus avaient un peu la forme d'une éponge durcie et un aspect granité. — Malgré tant de désordres dans son voisinage, l'articulation scapulo-humérale se trouvait parfaitement enveloppée d'une très-légère couche de tissu sain. La capsule ouverte ne laissa voir que quelques suffusions sanguines dans le tissu cellulaire sous-synovial. Sur la tête de l'humerus était étendue une petite membrane très-mince, jaunâtre, légèrement friable, représentant assez le pus par sa couleur, mais étant entièrement libre au sein de l'articulation parfaitement saine.

Les vaisseaux et nerfs axillaires n'étaient pas directement en rapport avec le foyer. Cependant, on vit dans les veines axillaires et sous-clavières quelques petits grumeaux de pus. Dans le sang liquide que contenait ces vaisseaux, se trouvaient mêlées des stries blanchâtres, évidemment purulentes. Leurs rameaux afférents, qui plongeaient au milieu des tissus malades, présentaient les mêmes phénomènes ; les ganglions axillaires avaient aussi été préservés : ils n'offraient qu'une teinte légèrement rosée.

Au-dessous de la région deltoïdienne, le bras et l'avant-bras droit ne présentaient guère qu'un œdème énorme du tissu cellulaire. Les veines et les muscles étaient intacts. Toutefois, en examinant les deux abcès situés à la partie moyenne et externe de l'avant-bras, et que l'on avait ouverts pendant la vie du malade, on en trouva la cicatrice d'une friabilité extrême : elle était entourée d'un cercle ecchymotique qui l'accompagnait dans toute sa profondeur. Au fond de cette cicatrice, déchirée plutôt qu'incisée, étaient des fibres musculaires sèches, jaunâtres et très-friables.

Membre supérieur gauche. — Au membre supérieur gauche, il n'y avait rien à noter que quelques légères ecchymoses sous-cutanées.

Membre inférieur gauche. — A la partie interne du pied gauche, était cet autre abcès que l'on avait aussi ouvert pendant la vie du malade. Quand il fut largement incisé, on y vit un vaste décollement se propageant sous l'aponévrose plantaire ; une sanie purulente s'en écoula abondamment. Le premier métatarsien était dépouillé de son périoste dans une partie de son étendue. Les parois de ce foyer étaient anfractueuses et semblaient formées de caillots moitié fibrineux, moitié cruoriques. Toutes les articulations du pied étaient saines. Cependant, il y avait quelques gouttelettes d'une synovie trouble dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, c'est-à-dire dans l'une des articulations les plus rapprochées du foyer.

A la partie antérieure et moyenne de la jambe, était un abcès assez volumineux, s'étendant presque jusqu'au ligament interosseux ; il semblait creusé dans le tissu musculaire détruit ; il était rempli d'un putrilage épais, visqueux, couleur de chocolat et mêlé de grumeaux noirs. Ses parois anfractueuses étaient formées par du tissu musculaire infiltré de sang et ramolli.

Trois autres abcès se présentaient sur le trajet du même membre et avec les mêmes caractères : l'un d'eux avait détruit la partie supérieure des muscles jumeaux ; un autre s'était logé dans l'épaisseur du vaste externe de la cuisse,

mais sans être encore en rapport direct avec le fémur ; le troisième enfin, commençait à naître au milieu d'un noyau volumineux, formé par une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire du creux poplité.

Çà et là, sur le même membre, apparaissaient quelques ecchymoses sous-cutanées; quelques-unes signalaient la position des abcès précédemment indiqués.

Malgré le voisinage de tous ces désordres, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques du membre inférieur gauche étaient intacts ; il n'y avait, dans les veines, nulle trace de phlébite. L'articulation tibio-fémorale gauche contenait environ deux cuillerées d'une synovie claire, épaisse et visqueuse, mais nulle altération. Il n'y avait rien à l'articulation coxo-fémorale. Partout, sur le trajet du membre, le tissu cellulaire était infiltré d'une sérosité claire et verdâtre, surtout aux environs des abcès.

Membre inférieur droit. — A la région plantaire du pied droit, le tissu cellulaire abondant qui entoure les muscles avait été remplacé par un pus séro-sanguinolent. Rien au dehors n'en pouvait révéler l'existence.

En avant du tendon d'Achille, dans les muscles postérieurs de la jambe, était creusée, comme avec un emporte-pièce, une excavation profonde, aux deux bords de laquelle passaient les vaisseaux péroniers et tibiaux. Du reste, cet abcès ne présentait rien qui n'ait déjà été signalé.

Sur la continuité du même membre, on trouva encore plusieurs autres lésions, semblables à celles que nous avons déjà décrites : une partie du muscle soléaire avait été détruit par un abcès; au creu poplité, un énorme noyau d'infiltration sanguine logeait une petite collection purulente : les fibres des muscles jumeaux étaient profondément et largement ecchymosés, mais ne contenaient encore aucun foyer central.

Tout le membre inférieur droit ne présentait rien de notable dans ses vaisseaux, ni dans ses articulations. Comme à gauche, le tissu cellulaire était fortement infiltré.

Cœur. — Une grande quantité de sérosité citrine distendait le péricarde : toutefois, la membrane séreuse

n'avait rien d'anormal. L'oreillette droite contenait quelques caillots fibrineux et cruoriques.

Appareil respiratoire. — Le ventricule gauche du larynx était presque effacé : au fond suintaient quelques gouttelettes d'un pus grisâtre, venant d'un abcès placé dans la gouttière latérale gauche. La perforation de la muqueuse et de la membrane arytheno-épiglottique faisait communiquer le ventricule avec le foyer.

Au sein de la glande thyroïde existaient deux ou trois petites cavités irrégulières, assez grandes pour loger une aveline. Ces cavités étaient vides, béantes, et tapissées sur leurs parois d'une fausse membrane sèche, épaisse, blanchâtre et comme caséeuse.

D'anciennes et nombreuses adhérences fixaient intimément les poumons aux parois thoraciques. La main, en pressant ces organes, sentait une foule de noyaux indurés, répandus partout dans le parenchyme pulmonaire. Ces noyaux étaient formés par une matière concrétée jaunâtre, représentant du pus par sa couleur, mais ayant la consistance d'une pâte assez ferme. Du reste, on ne remarqua nul signe d'inflammation dans les parties entourant ces dépôts insolites.

Dans les gouttières postérieures de la cavité thoracique, le tissu cellulaire sous-pleural était le siége de plusieurs ecchymoses. A droite, l'une de ces ecchymoses occupait une assez vaste étendue : elle paraissait se propager dans les fibres des muscles intercostaux ; cette infiltration sanguine se continuait jusque dans l'abdomen, où elle envahissait le tissu cellulaire sous-péritonéal d'une grande partie de l'hypochondre droit.

Cavité abdominale. — A la partie supérieure du foie était un endroit ramolli, rougeâtre, grumeleux, mais non pas encore entièrement désorganisé. Cette altération traversait tout le lobe droit, en conservant partout le diamètre d'une pièce de cinq francs. — Dans le même lobe était un autre point semblablement altéré, mais beaucoup plus limité. — Du reste, dans tout l'organe, il n'y avait nulle trace de pus.

La rate, hypertrophiée, était d'une flaccidité remarquable et très-friable. Le couteau, passé légèrement sur les tranches qu'on y fit, y recueillait un putrilage rouge.

Tous les autres organes contenus dans l'abdomen ne présentaient rien à noter. La muqueuse intestinale était semée, çà et là, d'un piqueté légèrement rosé.

Cerveau. — Beaucoup de sérosité à la base de la grande cavité de l'arachnoïde, légère infiltration séreuse du réseau de la pie-mère, telles furent les seules choses que l'on put constater au cerveau. Les ventricules latéraux étaient libres de sérosité.

Fosses nasales. — La partie supérieure du voile palatin était couverte de mucosités troubles, qui descendaient sur la paroi postérieure du pharynx. — La muqueuse recouvrant l'apophyse basilaire, présentait deux ulcérations, au-dessus de l'entrée postérieure des fosses nasales. Ces ulcérations, à bords relevés, étaient remplies de mucosités purulentes. — Dans la fosse nasale gauche étaient deux autres ulcérations légères, se dessinant sur un fond rosé : l'une, était à la partie postérieure du cornet supérieur, l'autre, à la partie antérieure du cornet moyen ; elles étaient couvertes de mucosités troubles et grisâtres. — Au fond du sinus sphénoïdal était une petite surface rouge, couverte aussi d'un mucus suspect, mais sans qu'il y eut érosion bien évidente de la muqueuse.

En jetant un coup d'œil d'ensemble sur les faits dont on vient de raconter l'histoire, l'esprit s'arrête tout d'abord aux circonstances qui les ont précédés, et à la cause qui leur a donné naissance.

On voit, pendant trois semaines, la famille Gouardo en rapports fréquents avec un cheval morveux ; pendant 15 jours, elle s'abrite sous le même toit ; couche à trois pas du lieu où repose l'animal malade, sans que nulle cloison ne les sépare ; pendant 8 jours, elle voyage avec lui ; puis des accidents éclatent.

En présence de faits semblables, il est difficile de savoir si c'est par inoculation ou par simple infection que l'élément virulent a pénétré dans l'économie. On assure bien

que Gouardo n'avait alors à la peau d'érosion nulle part; mais quand on a le droit, comme ici, de supposer, chez la victime, l'imprévoyance, la malpropreté et l'usage probable d'objets contaminés, on peut bien croire à l'absorption du virus porté sur quelques muqueuses, sans avoir besoin d'invoquer la possibilité de l'infection.

Quoi qu'il en soit, la maladie dont il fut atteint se divise nettement en deux périodes. La première période fut lente, et, dans une durée de sept semaines, se dessina avec tous les caractères du farcin chronique. La série des accidents commença par une angine, tenace il est vrai, mais, du reste, sans aucun caractère spécial. Puis, on vit successivement se manifester des douleurs vagues dans les membres, de la tristesse, de la prostration, un peu de diarrhée, une toux sèche, de l'enrouement, parfois un léger mouvement fébrile, et, enfin, des abcès multiples, mais rien de sensible du côté des fosses nasales.

Tout cet ensemble symptomatique, légèrement modifié par des rémissions ou des recrudescences irrégulières, constitua la première période. Il y avait bien là tous les signes d'une infection purulente : mais c'était une infection purulente survenue d'emblée, et dont on ne pouvait trouver la raison d'être que dans une intoxication spéciale.

Dans la seconde période, l'affection, sans changer de nature, changea de forme. Elle prit les caractères de la morve aiguë. L'aggravation subite des symptômes précédemment indiqués, la persistance du mouvement fébrile et l'apparition d'une douleur vive à l'épaule droite, signala le début de ce changement. Mais, en même temps, paraissaient des signes nouveaux et pathognomoniques, qui donnèrent à cette période son caractère propre : ce fut l'érysipèle de l'épaule, les phlyctènes gangréneuses, les pustules violacées et surtout l'écoulement mucoso-purulent, qui, de la partie postérieure des fosses nasales, tombaient dans le pharynx. Cette période eut une marche plus rapide et plus tranchée : elle ne dura que 8 jours et se termina par la mort.

L'autopsie révéla des lésions anatomiques nombreuses

qu'on peut, d'après la similitude de leur caractère, ranger en un petit nombre de groupes distincts.

Tout d'abord se présentent les infiltrations sanguines, dont le siége de prédilection parut être dans le tissu cellulaire libre et dans les muscles. Leur forme ne fut pas toujours la même. Ce n'étaient, parfois, que de légères couches ecchymotiques dans des lames celluleuses minces ; d'autres fois, au contraire, c'étaient des noyaux durs et plus ou moins volumineux, formés par du sang épanché dans des tissus serrés, dont souvent on ne reconnaissait plus aucun des caractères primitifs.

Après les infiltrations sanguines viennent les collections purulentes, qui, comme les lésions précédentes, semblèrent siéger surtout dans le tissu cellulaire et dans les muscles ; pourtant, les poumons en étaient aussi tout remplis. Le foie, le cerveau, les articulations, si tristement privilégiées dans l'infection purulente, ne présentaient ici que quelques altérations tardives ou de nulle valeur, mais nulle trace de pus. Les veines axillaires et sous-clavières droites furent les seules qui laissèrent voir, dans leur cavité, quelques grumeaux jaunâtres ou quelques traînées purulentes mêlées à du sang liquide : c'était là, il est vrai, la région le plus altérée.

Les abcès n'avaient, dans leurs caractères, que peu de différences. Pourtant, ceux des muscles s'étaient formés d'une manière toute latente ; et, comme ils étaient placés profondément, ils restèrent ignorés jusqu'à la fin. Ceux du tissu cellulaire, au contraire, se révélèrent presque dès leur début, par un état inflammatoire plus ou moins prononcé. Mais, du reste, c'était presque partout des foyers anfractueux creusés, soit dans des muscles ecchymosés, ramollis et érodés, soit dans du tissu cellulaire infiltré de sang. Presque toujours, ces cavités étaient remplies d'un putrilage rouge, ressemblant à un détritus musculaire mêlé de pus.

Toutefois, les dépôts insolites qui furent trouvés au sein des poumons, présentèrent des caractères particuliers. Leur coloration légèrement jaunâtre, leur consistance assez ferme, l'absence de tout état inflammatoire et de toute in-

filtration sanguine à leur périphérie, leur volume et leur forme arrondie, les faisaient assez ressembler à des masses tuberculeuses. — La pseudo-membrane épaisse, qui tapissait les cavités béantes trouvées dans la glande thyroïde, semblait être de même nature.

Mais, au milieu de tout cela, ce qu'il y eut de plus remarquable, ce fut la manière dont les infiltrations sanguines et les collections puriformes parurent se former et s'enchaîner. Dans les unes semblait être l'origine des autres; les infiltrations de sang ne paraissaient que le principe et comme le premier degré de tous les ramollissements putrilagineux. Ainsi, ce fut toujours au centre de ces noyaux d'infiltration que furent trouvés les noyaux purulents : parfois, ce n'était que quelques gouttelettes de pus, jetées au milieu d'un caillot ; en d'autres endroits, la fonte purulente avait presque entièrement envahi les tissus infiltrés, tandis qu'ailleurs, des noyaux ecchymosés ne présentaient encore aucun foyer central.

En dehors de toutes ces altérations, on en rencontrait une autre, qui parut être seule de sa nature : je veux parler de ces fibres musculaires jaunâtres, sèches, friables, qui furent trouvées au fond d'un foyer effacé par une cicatrisation friable elle-même, et tout entourée, sur ses bords, d'un cercle ecchymotique.

Les pustules, que l'on aurait pu considérer tout d'abord comme des altérations distinctes de toutes les autres, avaient cependant un point de contact avec les collections purulentes : peut-être même y avait-il, entre elles, un lien d'union plus intime. Pendant la vie, on avait déjà pu remarquer que l'apparition des pustules n'avait été qu'un phénomène secondaire et consécutif à une altération grave des parties sous-jacentes. Après la mort, on avait trouvé que la peau n'était pas le siége anatomique exclusif de l'éruption pustuleuse, car, au sommet des pustules, venaient aboutir des lignes grisâtres de tissus plus ou moins ramollis, partant de foyers profonds et traversant un tissu cellulaire épaissi et lardacé. Tout cela semblait assez dire que ces lignes grises n'étaient que la direction suivie par l'extension

progressive des abcès, et que les pustules n'auraient été bientôt que l'extrémité de trajets fistuleux, par où des foyers profonds se seraient traduits au dehors après la rupture de l'épiderme soulevé.

Dans le dernier groupe des lésions anatomiques, viennent enfin des ulcérations dont la valeur était significative. Leur position, à l'entrée postérieure des fosses nasales, explique assez bien le jetage qui se fit dans le pharynx plutôt qu'au dehors. Mais, si leur existence caractérisait la morve aiguë, leur peu de profondeur et d'étendue, en dénotant leur formation récente, attestait aussi que la maladie ne fut, dans sa première période, qu'un farcin chronique.

OBSERVATION d'acéphalie, par M. MALHERBE, *Médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, secrétaire du Conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de la Loire-Inférieure.*

Le sujet de cette observation est venu à 6 mois de terme, avec un enfant bien conformé.

Aspect extérieur : masse ovoïde, terminée, du côté de sa petite extrémité, par des membres abdominaux normalement conformés ; l'autre extrémité, arrondie, recouverte d'une peau lisse et uniforme, n'offre rien qui indique les points que la tête et les membres thoraciques devraient occuper.

Le cordon ombilical, qui a été conservé avec une partie du placenta, n'a pas plus de 15 millimètres de longueur.

La masse totale a de 26 à 27 centimètres de long; sa circonférence mesure, dans l'endroit le plus volumineux, 24 centimètres environ.

En incisant les téguments, on trouve, au-dessous, un tissu cellulaire lardacé et infiltré; de la sérosité s'en écoule en abondance. A droite et en haut, sur la partie antérieure du tronc, existe, immédiatement sous la peau, un kyste séreux capable de contenir une petite noix. Nulle part on ne remarque de graisse. La couche sous-cutanée de la partie postérieure du tronc, épaisse de 12 à 13 millimètres, offre, comme à l'état normal, une organisation différente de celle de la partie antérieure, qui a de 25 à 30 millimètres d'épaisseur.

Cette couche cellulaire est parcourue par quelques vaisseaux déliés plus nombreux en arrière qu'en avant.

Les membres abdominaux sont également recouverts d'une couche épaisse de tissu cellulaire. Celui-ci contient un peu de graisse, mais toujours beaucoup de sérosité : il a l'aspect moins lardacé que celui du tronc.

Au-dessous de la couche sous-cutanée, sont les cavités thoracique et abdominale, moins développées que ne le faisait présumer le volume total du tronc.

Aucune trace des membres thoraciques ni des muscles qui meuvent l'épaule.

Système nerveux. — La moëlle épinière se termine en haut tout à coup, sans aucun renflement ni amincissement; en bas, elle offre la disposition normale. On en voit naître les nerfs intercostaux, au nombre de 9 de chaque côté, les plexus lombaire et sacré. Les nerfs fémoral et sciatique ont la disposition ordinaire.

Le long de la colonne vertébrale, on trouve les ganglions thoraciques de chaque côté, puis les nerfs grand et petit splanchniques, et, enfin, les ganglions semi-lunaires, très-peu développés, dans la situation normale.

Appareil locomoteur, squelette. — La colonne vertébrale se compose de quinze vertèbres, cinq lombaires et dix dorsales : il n'existe, de chaque côté, que neuf côtes bien développées; en haut, il semble en exister une dixième,

mais elle n'atteint pas le sternum. Ce dernier os ne s'éloigne de l'état normal que par sa brièveté.

En haut, dans la masse homogène de tissu lardacé, à peu de distance de l'extrémité de la colonne vertébrale, on rencontre trois ou quatre pièces osseuses de forme irrégulière : ce sont probablement des rudiments de vertèbres cervicales.

Les os du bassin et des membres abdominaux sont bien conformés.

Muscles. — Tous ceux de la colonne vertébrale, les intercostaux, ceux du bassin et des membres abdominaux, sont parfaitement reconnaissables : ils sont pâles, minces, membraneux.

Appareil circulatoire. — Absence de cœur : un grand vaisseau, qui règne tout le long de la colonne vertébrale, se divise en bas, pour les membres abdominaux, comme le fait ordinairement l'artère aorte. Plus dilaté à sa partie moyenne, ce vaisseau diminue insensiblement vers ses deux extrémités. Il se divise en haut en deux branches, dont la supérieure va se perdre dans le tissu cellulaire sous-cutané ; la seconde, contournée comme la crosse de l'aorte, vient se subdiviser en deux rameaux d'inégale grosseur, se rendant à deux masses spongieuses qui, par leur position et leur apparence, rappellent les poumons.

La veine ombilicale, suivie depuis le cordon, passe à la face supérieure du foie dans une gouttière superficielle, et va se rendre directement dans les poumons, après avoir reçu, auprès du foie, une très-petite veine venant du mésentère ; il a été impossible de découvrir aucun vaisseau veineux dans les membres abdominaux.

Les artères ombilicales, nées des iliaques primitives, remontent le long de la vessie pour venir à l'ombilic.

Appareil respiratoire. — Les deux poumons présentent une organisation vasculaire assez marquée ; le gauche, assez développé, occupe tout le côté correspondant de la cavité thoracique ; le droit, très-petit, est refoulé par le foie jusqu'au sommet de cette cavité ; il reçoit une branche artérielle plus petite que celui du côté opposé. Aucune trace

des bronches ni de la trachée. Un diaphragme mince sépare la poitrine de l'abdomen.

Appareil digestif. — Canal digestif terminé en bas par un anus bien conformé, remontant de là directement, jusque derrière le foie, sans aucune courbure, puis, formant quelques flexuosités au-dessous du bord inférieur de ce viscère, il redescend pour aller se terminer à l'ombilic dans une espèce de cul-de-sac. C'est là l'intestin anal d'Oken; nulle trace de la portion supérieure du canal digestif, intestin stomacal du même auteur. L'intestin anal présente, dans toute son étendue, un tube uniformément développé et parfaitement blanc. Foie volumineux, normal; point de rate.

Appareil génito-urinaire. — Organes urinaires bien développés; ouraque formant avec la vessie un conduit conique, dont la petite extrémité répond à l'ombilic.

Parties sexuelles mâles, extérieures, très-développées et bien conformées.

RÉFLEXIONS.

L'acéphale dont nous venons de vous donner la description, provenait d'une grossesse double, comme cela a été observé dans presque tous les cas. Nous ignorons si les vaisseaux ombilicaux communiquaient avec ceux de l'autre enfant, n'ayant eu à notre disposition que le sujet monstrueux, avec une très-petite portion du placenta. Cette communication peut être regardée comme probable, car on a pu la constater dans la plupart des grossesses doubles. Tout le monde sait, et nous avons été plusieurs fois témoin du fait, qu'après la sortie du premier enfant, la portion du cordon adhérente au placenta peut devenir la source d'une hémorrhagie qu'il faut arrêter par une ligature, sous peine d'exposer le second enfant à mourir d'anémie.

Nous ferons remarquer la présence et le développement normal du foie, malgré l'absence de l'estomac. Cet organe

secréteur n'existe que chez un petit nombre d'acéphales, et, la plupart du temps, il est mal développé.

Il n'existait, chez notre sujet, que la partie inférieure du tube digestif et aucune trace de la portion supérieure, malgré le développement déjà assez parfait de la poitrine. L'absence de la rate doit se lier nécessairement à celle de l'estomac.

Les poumons, qui manquent souvent chez les acéphales, existaient chez le nôtre, et l'un d'eux était très-développé.

L'absence de toute autre veine que la veine ombilicale a été souvent observée; ici, nous ne voyons qu'une très-petite veine venant du mésentère et se déchargeant dans la veine ombilicale.

L'arrêt du développement a dû avoir lieu à une époque très-rapprochée du moment de la conception, puisqu'on ne trouve aucune trace de la tête, à moins qu'on ne considère comme des rudiments de son squelette les pièces osseuses irrégulières dont nous avons parlé, et que nous avons considérées comme des vertèbres cervicales non développées. Le kyste séreux trouvé près de l'extrémité supérieure, semble indiquer que l'arrêt de développement a été très-précoce, car la forme globuleuse ou vésiculaire est le premier état des organes.

Le développement des organes génitaux et surtout la présence des testicules dans le scrotum, pouvait faire supposer que l'accouchement a eu lieu à sept mois de terme et non à six mois, comme on nous l'a dit, car à cette époque les bourses sont encore vides.

NOTE sur plusieurs calculs, par M. GAUTRON, *D.-M.-P.*

MESSIEURS,

En extrayant ces diverses notes d'un travail inédit bien plus étendu de M. Ed. Moride, sur l'histoire des maladies calculeuses et sur la nature des calculs chez l'homme et les animaux dans l'Ouest de la France, études faites au point de vue de la chimie et de la physiologie, je n'ai d'autre but que de joindre aux calculs curieux que je vais faire passer sous vos yeux, leur composition chimique et leur histoire abrégée.

Le n° 1 est un calcul intestinal, rendu le 27 mai 1854, par une femme de 60 ans, d'une parfaite santé, et qui jamais, dans le cours de sa vie, n'avait été atteinte de maladies calculeuses.

Dans la soirée du 27 mai, prise subitement de fortes coliques, qui avaient leur siége surtout à l'épigastre et dans l'intestin grêle, on me fit appeler près de la malade. J'ordonnai des bains, des tisanes émollientes et des cataplasmes.

Vingt-quatre heures après, voyant les coliques continuer, je fis administrer une potion huileuse. Sous l'influence de ce médicament, les douleurs se déplacèrent semblant suivre le trajet intestinal, et devinrent de moins en moins vives, au fur et à mesure qu'elles approchaient le plus de l'orifice du colon.

Un besoin d'aller à la garde-robe se manifeste : la ma-

lade crbit faire une selle abondante, un corps dur tombe au fond du vase; étonnée du bruit, elle regarde et trouve ce calcul isolé, qu'elle voulut bien me remettre. Depuis, elle n'a plus rendu un seul calcul et n'a jamais éprouvé de coliques.

Comme vous pouvez le vérifier, Messieurs, ce calcul, long de 4 centimètres, large de 2 centimètres 50 millim., et d'un pourtour de 8 centimètres 3 millim., pèse 14 grammes 50 centigr.; sa forme est ovoïde régulière, sa surface est rugueuse, mamelonnée, parsemée d'une multitude de petits cristaux brillants micacés jaunes, et quelquefois brillants.

En enlevant du calcul la couche extérieure épaisse et colorée, on trouve au-dessous de gros cristaux blancs et brillants; les deux tiers du calcul sont d'un brun rouge, les deux extrémités d'un blanc jaunâtre; la cassure est micacée et a beaucoup d'analogie avec le blanc de baleine non raffiné.

Au milieu du calcul, se trouve un espace.

Le frottement de la scie détermine sur les deux faces du calcul séparées une coloration jaune, luisante, sous laquelle on distingue des cristaux grisâtres disposés par couches concentriques, de formation progressive. La densité du calcul est peu considérable.

Sous l'influence d'une chaleur modérée, il entre promptement en fusion; élève-t-on la température, il s'enflame sans dégager d'odeur désagréable; les cendres sont presque imperceptibles.

Fondu à une douce chaleur, dans une capsule en porcelaine, la substance liquéfiée se colore en jaune foncé et cristallise par le refroidissement.

L'eau distillée froide ou bouillante ne dissout rien du calcul, elle reste incolore après le contact; le calcul ne s'y fond, ni ne s'y ramollit.

L'alcool rectifié bouillant dissout presque la totalité du calcul, sauf une petite quantité de poudre jaune, qui doit être probablement la matière colorante de la bile.

Le papier et la teinture de tournesol ne varient pas de teinte, lorsqu'on les plonge dans la solution alcoolique.

L'analyse qualitative et quantitative indique les résultats suivants p. °/₀ :

Cholestérine.....	($C^{25}H^{22}O$.)	76
Matière colorante jaune.....		13
Cendres.....		
Humidité.....		11
Perte.....		
TOTAL.....		100

N° 2. — Dans la boîte n° 2, vous trouverez des calculs de la vessie, rendus par un homme, dans l'espace de deux jours, au nombre de plus de 500 ; ils ont tous une forme pilulaire, et sont tantôt gros comme des pois ronds, tantôt comme du plomb à lièvre, tantôt comme de la cendrée ; leur forme est régulière et le poids des plus gros atteint jusqu'à 3 décig. 5 centig.

Leur couleur extérieure est d'un gris-blanc ; la cassure en est jaunâtre et présente une cristallisation à rayons qui partent du centre de chaque calcul.

La première couche du calcul, limitée par un cercle, est environ d'une épaisseur de 1 centimètre ; la poussière qui blanchit les doigts étant enlevée de la surface du calcul, laisse apercevoir une surface d'un beau jaune orangé d'une égalité parfaite et d'un grand poli.

La densité de ces calculs est considérable.

Au feu, ils se charbonnent, se fendillent en dégageant

une odeur de matières animales brûlées ; la combustion en est parfaite et sans résidus.

Ils sont insolubles dans l'eau, insolubles dans l'alcool, soit à chaud, soit à froid.

Solubles dans l'acide nitrique, ils laissent après évaporation de celui-ci une abondante quantité d'acide rosacique ; ils ne contiennent qu'une matière colorante jaune et de l'acide urique.

N° 3. — Le n° 3 est un calcul dont la composition est la même que celle du n° 1 ; il appartient à la classe des calculs intestinaux et se comporte comme eux sous l'action des réactifs.

Sa forme est très-remarquable ; il affecte, en effet, la forme d'une masse ronde applatie des deux bouts, dont le pourtour imite la cupule rugueuse d'un gland ; une fois la couche brune enlevée, le calcul est blanc.

Son poids est de 7 grammes 852 millig., sa densité est peu considérable.

La longueur est de 2 centimètres 4 millim. ; sa largeur, de 2 centimètres 3 millim. ; et, le pourtour, de 7 centimètres 3 millim. ; le pourtour pour les deux extrémités égale 8 centimètres.

Son applatissement doit venir de ce qu'il était accompagné d'autres calculs semblables, qu'on n'a pu apporter.

N° 4. — Les 12 ou 14 calculs qu'on voit affecter des formes triangulaires, sont des calculs biliaires à angles

obtus, formés de cholestérine et de matière colorante de la bile.

Ils sont creux au milieu, et, dans leur cassure, laissent apercevoir une cristallisation en aiguilles disposées horizontalement autour d'un axe, à la manière dont les couches ligneuses dans le chêne sont disposées autour de la moëlle.

Sous la substance très-brune et des luisants des calculs, on distinguerait des stries couleur chocolat irrégulière, et d'une densité très-minime.

Le plus gros calcul pèse 0g 61.

Après la combustion, on trouve une grande quantité de cendres.

PRIX

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Prix de la Société pour 1856.

La Société rappelle qu'elle a mis au concours, pour l'année 1856, la question suivante :

Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs. — Le prix est de 400 fr. — Les mémoires devront être rédigés en français ou en latin, et adressés, suivant les formes académiques, au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 mai 1856.

Prix de la Société pour 1857.

Des plaies des os. — Les candidats n'auront pas à parler des fractures. Ils sont invités à s'occuper principalement des solutions de continuité produites sur le squelette par l'action de la scie; néanmoins, la Société accueillera avec intérêt les recherches qu'ils pourront faire sur les lésions des os par des instruments piquants ou tranchants. — Ce prix est de 400 fr. — Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1857.

Prix de la Société pour 1858.

Des paralysies traumatiques. — Ce prix est de 400 fr. — Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1858.

Prix Duval.

La Société de chirurgie, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 fr., en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse en chirurgie publiée en France dans le courant de l'année.

Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Seront admis seuls à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les thèses soutenues depuis le 1er janvier 1855 jusqu'au 31 décembre de la même année seront seules admises au concours pour le prix de 1856.

Les candidats devront adresser *franco* deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 janvier 1856, et indiquer dans la lettre d'envoi les hôpitaux où ils ont fait leurs études.

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE.

BULLETIN DES SÉANCES.

Séance du 14 *septembre* 1855.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, VICE-PRÉSIDENT.

Ouvrages reçus par la Section :

1° Recueil des procès-verbaux des séances de la Société de Médecine pratique fondée en 1808 ; années 1853 et 1854.

2° Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire; 2e trimestre de 1854.

3° Mémoire et Observations cliniques de médecine et de chirurgie, par le docteur Morand, de Tours.

4° Mémoires de la Société royale des sciences, lettres et arts de Nancy; 1843.

5° Compte-rendu des travaux de la Société impériale de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse; 1855.

6° Mémoires de l'Académie de Médecine; 1854.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Rouxeau, qui lit un travail sur la méningite des enfants (1).

Cette lecture donne lieu aux réflexions suivantes :

M. Petit trouve le travail de M. Rouxeau très-intéressant; mais il pense que la dernière objection que l'auteur s'est posée a peut-être une portée plus grande que celle qu'il paraît lui accorder. Il n'existe pas, en effet, de signes distinctifs suffisants pour établir d'une manière positive le diagnostic différentiel des deux espèces de méningite. En 1848, à la colonie de Petit-Bourg, M. Petit observa une épidémie de méningite cérébro-spinale dans laquelle, chez les malades qui succombèrent, les autopsies lui montrèrent du pus, des fausses-membranes, etc. Certains malades qui avaient offert un appareil symptomatique aussi caractérisé et au moins aussi grave, en apparence, que ceux qui moururent, guérirent cependant à son grand étonnement. Ainsi, on aurait eu tort de supposer chez ceux-là, d'après la similitude des symptômes, l'existence des mêmes lésions que chez ceux qui succombèrent. Il ne faut donc pas donner aux symptômes plus de valeur qu'ils n'en méritent, et on ne doit pas être étonné, d'après cela, s'il est si difficile d'établir le diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse. Une seule circonstance peut fournir une grande présomption en faveur de la nature tuberculeuse d'une méningite : c'est celle d'une diathèse tuberculeuse

(1) Voir plus loin, p. 219.

bien caractérisée chez les malades ou chez leurs ascendants.

M. Rouxeau pense que la guérison des malades n'est pas une raison suffisante pour faire douter de la bonté du diagnostic porté d'après l'ensemble des symptômes. Il y a dans toutes les maladies, dans la pneumonie par exemple, un appareil symptomatique qui, lorsqu'il est complet, permet d'établir le diagnostic avec autant de certitude que l'autopsie elle-même. Il en est de même dans la méningite. Les auteurs qui ont écrit sur cette maladie ont vérifié, par des centaines d'autopsies, que certains symptômes révèlent toujours l'existence de lésions bien déterminées. On peut donc, d'après les symptômes seulement, établir le diagnostic exact de la maladie avec une certitude aussi grande qu'à l'aide de l'autopsie elle-même. D'un autre côté, si la découverte de M. Robin se vérifie, si la granulation des méninges n'est pas de nature tuberculeuse, la constitution tuberculeuse des enfants ne doit plus entrer en ligne de compte dans le diagnostic différentiel des deux méningites.

M. Malherbe croit que, malgré les nombreux travaux des auteurs sur ce sujet, le diagnostic différentiel dont il est question ne peut pas encore être établi d'une manière certaine. Il ne pense pas, avec M. Rouxeau, qu'on puisse comparer, sous ce rapport, les affections thoraciques, que les moyens spéciaux d'exploration dont nous disposons nous permettent de reconnaître avec tant d'exactitude, aux maladies des organes encéphaliques que la boîte osseuse du crâne dérobe si complétement à notre examen.

Toutes les formes de méningite, d'ailleurs, ne sont pas représentées par la méningite inflammatoire et la méningite granuleuse. Indépendamment de celles précédemment admises par les auteurs, M. Rilliet vient d'en décrire une nouvelle espèce sous le nom d'*encéphalopathie albuminurique*. Si, dans cette maladie, qui ressemble beaucoup aux autres espèces de méningites par ses symptômes, les urines sont supprimées, comme cela arrive quelquefois, il ne sera pas possible d'établir le diagnostic différentiel.

Dans certains cas, cependant, on peut reconnaître d'une manière à peu près certaine l'existence d'une méningite granuleuse, c'est lorsque la maladie procède avec beaucoup de lenteur dans son développement; mais, dans les cas aigus, un diagnostic positif n'est pas possible. L'existence de tubercules dans les autres organes et la circonstance de parents tuberculeux seront alors les seuls motifs de présomption en faveur de l'existence d'une méningite granuleuse.

M. Moriceau trouve que M. Rouxeau a eu tort de nier l'utilité de la découverte de M. Robin. Si cette découverte n'a point, en effet, de conséquences immédiates au point de vue thérapeutique, elle n'en conservera pas moins une grande importance, comme toute vérité scientifique bien établie, si surtout de nouveaux travaux viennent confirmer ceux de M. Robin sur ce sujet. M. Rouxeau a lui-même fait connaître un des résultats immédiats de cette découverte. Il est parti de là, en effet, pour ruiner l'argumentation de ceux qui considèrent l'existence de la diathèse tuberculeuse comme une présomption en faveur de la forme granuleuse d'une méningite.

M. Rouxeau répond qu'il a dit seulement que la distinction établie par M. Robin, entre la granulation des méninges et les tubercules, ne nous avait rien fait gagner au point de vue thérapeutique.

M. Bonamy lit une note sur les débuts de l'épidémie cholérique qui commence à se manifester à Nantes depuis le 24 août. Déjà, depuis cette époque jusqu'au 14 septembre, c'est-à-dire dans un espace de trois semaines, 9 cholériques ont été traités à l'Hôtel-Dieu. Sur ce nombre, 3 ont succombé. En ville, il y a eu 2 décès. De ces premières manifestations de notre cinquième épidémie cholérique, M. Bonamy tire les conclusions suivantes :

1° Comme, dans les épidémies précédentes, le choléra affecte une préférence marquée pour les quartiers riverains de la Loire et de l'Erdre; les 2/3 au moins, presque les 3/4 des individus atteints demeuraient dans le voisinage de la Loire ou sur la Loire même, ou sur les rives de l'Erdre

2° Comme d'habitude la classe pauvre fournit le principal tribut. Elle est, au début, presque exclusivement atteinte.

M. Bonamy indique, en terminant, les précautions hygiéniques et le traitement qui lui paraissent le plus convenables.

M. Aubinais demande la parole à ce sujet. Pendant la dernière épidémie de choléra, dit-il, dans le département de la Meuse, on isola les malades cholériques, et cette séquestration parut avoir de bons résultats pour prévenir la contagion. Si le choléra prend beaucoup d'extension à Nantes, il sera peut-être à-propos de réserver, dans nos hôpitaux, des salles spéciales pour les cholériques.

M. Malherbe répond que l'administration des hôpitaux consulta, en 1849, le Conseil de Santé sur la question de l'isolement des cholériques, et que ce Conseil fut d'avis de ne pas isoler les malades. La transmission du choléra par contagion ou infection paraît possible; mais les exemples de transmission pris dans les hôpitaux n'ont pas toute la valeur qu'on leur attribue. La population des salles d'hôpital n'est pas une population saine et valide; elle est formée, au contraire, de sujets plus où moins affaiblis et peu capables de résister aux influences épidémiques.

On a signalé déjà l'inconvénient de réunir dans un même lieu un grand nombre de cholériques et de former ainsi un vaste foyer d'infection. Les infirmiers, d'ailleurs, en voyant les précautions prises pour éviter la contagion, consentiront-ils à rester dans un poste aussi périlleux?

M. Malherbe ajoute qu'il vient d'observer, pour la première fois, en examinant les urines d'une cholérique, un phénomène qu'il n'avait point encore vu se produire. Chez la plupart des cholériques, dit-il, les premières urines rendues sont alcalines et effervescentes par l'addition de l'acide azotique. Chez une malade, l'addition de l'acide azotique a donné lieu à une coloration rose, puis violette et pourpre foncée; enfin, en continuant l'addition d'acide, la couleur est devenue acajou, puis l'effervescence s'est prononcée.

M. Hignard rappelle qu'il faisait partie du Conseil de Santé qui, en 1849, pensa qu'il n'y avait pas lieu d'isoler les cholériques. C'était bien là son opinion à cette époque; mais les faits qu'il a été à même d'observer depuis ont modifié ses idées sur la contagion du choléra. Dans l'épidémie de 1834, il n'avait vu se développer aucun cas de choléra dans les salles où étaient traités des cholériques. Aucun fait de contagion ne s'était donc produit sous ses yeux, et il ne pouvait admettre que la maladie fût contagieuse. En 1849, quelques faits vinrent ébranler son opinion. Enfin, en 1854, des faits nombreux observés dans son service l'ont convaincu que le choléra peut se transmettre aux individus qui séjournent d'une manière permanente dans les salles où il y a des cholériques. L'état valétudinaire des individus qui peuplent les hôpitaux ne suffit pas pour rendre compte des coups nombreux frappés par l'épidémie dans les salles d'hôpital. On voit les sujets les plus vigoureux frappés les premiers dans les lits voisins de ceux occupés par les cholériques. Ce qu'il y eut de plus remarquable dans la salle 15, c'est que ce fut dans la partie la plus saine et la plus aérée que les cas de choléra prirent naissance, au voisinage, toutefois, des cholériques apportés du dehors. Plusieurs médecins de l'expédition d'Orient, dit en terminant M. Hignard, anti-contagionistes avant leur départ, ont observé, dans cette campagne, des faits tellement concluants qu'ils se sont convertis, comme lui, à l'opinion opposée.

M. Bonamy confirme les faits dont vient de parler M. Hignard et qui se sont passés dans la salle 15. Dès 1849, il était disposé à isoler les cholériques, quoique ce système ne soit pas exempt d'inconvénients; mais, comment laisser des individus, atteints quelquefois d'une indisposition légère, exposés ainsi dans les salles à contracter un choléra mortel? M. Bonamy rappelle que, dans son mémoire sur le choléra de 1849, il a rapporté plusieurs exemples frappants de la transmission de la maladie. Des faits aussi positifs l'ont conduit à admettre que le choléra peut se transmettre comme les autres maladies contagieu-

ses, la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., mais avec moins de facilité toutefois que ces dernières.

M. Lequerré pense que la transmission de la maladie est, en effet, bien peu active, puisqu'à Nantes, où les médecins se sont prodigués sans réserve pendant la dernière épidémie, aucun d'eux n'a été atteint.

M. Mauduit trouve la question du traitement plus importante que celle qui vient d'être agitée. Il a cru remarquer que, dans l'épidémie de 1832, les succès furent plus nombreux à partir de l'époque où les médecins eurent recours au traitement par la glace. Il pense que l'usage de la glace est encore un des meilleurs moyens de traitement. Il ajoute qu'il ne lui paraît pas prudent d'administrer à très-haute dose des médicaments énergiques. Il craint, en effet, que la période de cyanose une fois passée, l'absorption ne se fasse d'une manière très-active, lorsqu'a lieu la réaction, et qu'il ne survienne des accidents.

M. Bonamy dit que le meilleur traitement du choléra n'est pas encore formulé; que certains cas graves résistent à tous les moyens. Si, en 1832, le traitement par la glace parut avoir plus de succès que les autres, c'est que peut-être déjà, à l'époque où on commença à le mettre en vigueur, l'épidémie était entrée dans sa période de déclin. La glace et les stimulants externes lui paraissent être cependant les meilleurs moyens à employer.

M. Thibeaud rappelle les faits qui se sont passés à l'île Maurice, en 1854. Cette île, qui n'avait jamais eu d'épidémie, vit le choléra se développer, après l'arrivée d'un navire chargé d'Indiens sur lesquels cette maladie sévissait. L'épidémie fut très-violente et enleva un dixième de la population de Maurice. D'autres faits, également propres à faire admettre le caractère contagieux du choléra, se sont produits à Lyon. Tous ces faits positifs ne sont en rien infirmés par les faits négatifs. N'en est-il pas de même pour les autres maladies contagieuses ? Qui peut, dans certains cas, en présence d'une variole par exemple, découvrir les traces de la contagion ?

Séance du 12 *octobre* 1855.

PRÉSIDENCE DE M. LETENNEUR.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Rouxeau, pour la lecture de la fin de son travail sur la méningite.

Cette lecture terminée, *M. Moriceau* demande la parole: M. Rouxeau, dit-il, a recommandé l'usage des émissions sanguines, mais il n'a pas parlé d'un procédé qui consiste à faire les applications de sangsues à l'intérieur même des narines. Ces applications sont, il est vrai, assez difficiles à faire chez les enfants; on éprouve de la résistance de leur part, mais il est bon d'insister, car on obtient ainsi de bons effets des émissions sanguines.

M. Malherbe rappelle que, dans la dernière séance, il a été question de la difficulté du diagnostic; il faut ajouter, dit-il, que, même après la guérison, on ne peut préciser davantage le degré de l'affection qu'on a eu à combattre. Il est impossible de dire s'il y a eu seulement hypérémie, ou bien s'il s'était produit un épanchement séreux ou des fausses-membranes et du pus.

Parmi ces maladies des enfants désignées sous le nom de méningites, il en est qui ne dépassent pas la période d'hypérémie; celles-là guérissent rapidement sous l'influence des émissions sanguines. Dans les autres cas, lorsque la maladie parvient à une période plus avancée, les émissions sanguines sont suivies d'une prostration rapide des forces, qui doit rendre très-réservé dans l'emploi de ce moyen thérapeutique. L'application de sangsues dans les fosses nasales est souvent suivie de bons résultats. Quant aux révulsifs, les frictions stibiées sur le cuir chevelu ne sont pas toujours exemptes de dangers, et il ne faut les employer qu'avec prudence. Il n'en est pas de même du vésicatoire appliqué sur la tête; l'excitation qu'il détermine, quand on y a recours dans la période d'épanchement, est bien plus avantageuse que nuisible. Elle est, du reste, peu prononcée, car les malades sont plongés dans un coma qui

les rend presque insensibles. Le bichlorure de mercure en potion, conseillé par les médecins allemands et anglais dans plusieurs phlegmasies, et que M. Malherbe a employé lui-même avec avantage dans les broncho-pneumonies des enfants, lui paraît devoir trouver place dans le traitement des méningites. Il n'a pas, au même degré que le calomel, l'inconvénient de déterminer la salivation, accident souvent très-fâcheux.

M. Rouxeau répond qu'il existe des faits de guérison survenue dans une période plus avancée que celle de l'hypérémie. Ainsi, il a vu la guérison s'opérer chez des enfants qui avaient présenté une paralysie incomplète, l'abolition de l'ouïe et de la vue, des accidents tétaniques et quelques autres symptômes qu'il croit devoir rapporter à la période de la formation du pus et des fausses-membranes. Il ajoute que le calomel n'a jamais déterminé la salivation chez les enfants qu'il a traités.

M. Malherbe a vu le calomel produire la salivation chez plusieurs enfants; chez l'un d'eux, cet accident fut suivi de la nécrose de l'os maxillaire. Il n'a pas nié, d'une manière absolue, la possibilité de la guérison dans les cas où il y a eu formation de pus et de fausses-membranes, mais les symptômes présentés par M. Rouxeau, comme dénotant l'existence de ces produits de l'inflammation, se rencontrent bien souvent avec une simple hypérémie. Bien des fois, dans des cas de ce genre, l'autopsie n'a révélé rien autre chose que l'existence d'une hypérémie plus ou moins considérable. Dans la fièvre typhoïde, on voit de même se produire des symptômes semblables à ceux de la méningite, et l'autopsie, cependant, ne montre qu'une hypérémie légère.

M. Thibeaud a vu mourir bien des enfants de méningite granuleuse ; il ne pourrait citer qu'à grand'peine quelques cas de guérison.

De sa longue pratique, il a acquis la conviction que cette maladie est presque toujours mortelle. M. Trousseau, ayant constaté de même la terminaison presque nécessairement funeste de cette maladie, en est arrivé à s'abstenir

de tout traitement. Ces résultats de l'observation doivent nous rendre bien défiants sur les cas de guérison qu'on nous cite, et si nous-mêmes, dans une affection de ce genre, nous voyons le malade guérir, au lieu de nous glorifier de ce succès inattendu, nous devons supposer plutôt qu'il y a eu de notre part une erreur de diagnostic.

Cette maladie est, du reste, encore mal connue. Ce nom de méningite qu'elle porte lui convient-il bien ? M. Trousseau l'appelle simplement *affection cérébrale*. Est-ce bien, en effet, une inflammation ? Souvent l'autopsie ne révèle même pas l'existence de l'hypérémie. Les enfants des campagnes, exposés plus que ceux des villes au soleil et aux causes excitantes, sont beaucoup plus rarement que ces derniers victimes de cette maladie. Ce n'est donc pas une méningite, ou c'est du moins une méningite d'une nature toute particulière, qui réclame un emploi très-modéré des émissions sanguines. On pourra aussi mettre en usage les autres moyens de traitement : les révulsifs, les frictions mercurielles, les purgatifs, les vésicatoires sur la tête ; mais il faut se rappeler que cette maladie est presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

M. Deluen se rappelle avoir soigné, avec M. Thibeaud, un enfant atteint, depuis 4 ou 5 jours, de convulsions incessantes. Les émissions sanguines avaient été employées sans succès ; 5 ou 6 grammes de calomel furent administrés en 3 ou 4 jours, et un séton fut placé à la nuque. Il survint enfin une amélioration, qui fut bientôt suivie de la guérison.

M. Moriceau fait observer que les enfants sont souvent atteints d'affections diverses de la poitrine et du ventre, dont le retentissement sympathique sur le cerveau donne lieu à des symptômes qu'on est souvent tenté de rapporter à une maladie cérébrale. Il faut donc apporter le plus grand soin dans l'examen des petits malades, et, même dans les cas qui paraissent les plus graves, ne jamais cesser d'agir.

M. Pihan-Dufeillay a vu, avec M. Marion, une petite fille, qui leur parut atteinte d'une méningite tubercu-

leuse. D'après la gravité des symptômes, la maladie leur paraissait parvenue à sa dernière période. Le 9e jour, l'enfant rendit un cysticerque avec les urines. A partir de ce moment, tous les accidents disparurent, et il y eut une guérison rapide. Cette malade, fait observer avec raison M. Pihan-Dufeillay, n'était donc point atteinte de méningite. Il n'a, du reste, jamais vu guérir de méningite tuberculeuse.

M. Hignard partage l'opinion de M. Thibeaud sur la gravité de la méningite granuleuse. Dans sa longue carrière médicale, il n'a pu observer qu'un seul cas de guérison. L'enfant, parvenu au 15e jour de la maladie, présentait les symptômes les plus graves et paraissait devoir bientôt succomber. A la suite d'évacuations déterminées par le calomel, il survint une amélioration bientôt suivie de la guérison. Dernièrement, un enfant de 11 ans fut amené sans connaissance à l'hôpital. Les yeux convulsés en haut, une hémiplégie complète à gauche, font supposer l'existence d'une grave lésion encéphalique. Cependant, soupçonnant la présence de vers dans le tube digestif, M. Hignard fait administrer du calomel, qui détermine l'expulsion de plusieurs ascarides vermiculaires. Il y eut de suite une amélioration sensible. Cet enfant n'était nullement atteint de méningite. Les vers produisent souvent ainsi des symptômes cérébraux très-graves.

Le traitement, presque toujours impuissant pour guérir la méningite confirmée, peut être plus utile pour en prévenir l'explosion chez les enfants menacés de cette maladie. Lorqu'on observe, chez ces enfants, des vomissements, des soubresauts des tendons, des mouvements convulsifs des yeux, etc., on peut, à l'aide des émissions sanguines et des révulsifs, prévenir le développement de la maladie.

L'ordre du jour appelle une lecture de M. Aubinais, sur une forme particulière d'hémorrhagie puerpérale (1).

---

(1) Voir page 246.

Séance du 16 novembre 1855.

PRÉSIDENCE DE M. LETENNEUR.

M. Trastour lit un travail intitulé : *Note sur l'étiologie des parotides symptomatiques* (1).

Cette lecture donne lieu aux réflexions suivantes :

M. Aubinais partage volontiers l'opinion de l'auteur. Il a observé, à la campagne, des parotides chez des scarlatineux dont la muqueuse buccale était enflammée et recouverte d'un enduit pultacé. Il pense que si l'on examinait plus souvent l'intérieur de la bouche, on trouverait bien des fois la stomatite pour expliquer l'inflammation parotidienne. Cependant, dans certains états graves de l'économie, il survient quelquefois des parotides, qui lui paraissent indépendantes de toute inflammation de la muqueuse buccale. Ainsi, dans la fièvre puerpérale, il a vu survenir des parotides, quoique la bouche ne fût pas malade. Il se rappelle aussi avoir vu des parotides se produire à la suite d'une application de sangsues à la région parotidienne pour une violente amygdalite, mais il apprit ensuite que les sangsues dont on s'était servi avaient été recueillies sur un animal mort du charbon.

M. Malherbe dit que l'étiologie des parotides présentée par M. Trastour, dans ce travail, a déjà été indiquée par M. Piorry, qui attribue les parotides à l'inflammation de la muqueuse buccale, aux ulcérations de la muqueuse qui tapisse l'ouverture du conduit de sténon et à l'oblitération de ce conduit.

M. Thibeaud reconnaît que souvent les parotides peuvent dépendre de la stomatite, mais c'est toujours en vertu d'une stomatite de nature spéciale, que l'inflammation se propage aux glandes salivaires ; cela a lieu ainsi dans la scarlatine et dans les fièvres graves. On ne voit

---

(1) Voir page 261.

guère, au contraire, les parotides s'enflammer dans la stomatite mercurielle.

M. Malherbe a remarqué que les parotides ne sont pas également fréquentes dans toutes les épidémies de fièvre typhoïde, et qu'il n'y a pas toujours un rapport exact entre la fréquence des parotides et l'intensité de la maladie principale. Cette inflammation surviendrait-elle surtout dans les cas où il y a des aphthes?

M. Mauduit a souvent vu les applications de sangsues sur les parotides déterminer la suppuration; il pense qu'il faut rejeter ce moyen de traitement, qui lui paraît plus nuisible qu'utile.

Le Secrétaire,

L.-F. CHAMPENOIS.

QUELQUES MOTS sur la Méningite des enfants, par M. CH. ROUXEAU, D.-M.-P.

Une opinion partagée par un certain nombre de médecins, c'est que la méningite des enfants est toujours granuleuse ou tuberculeuse, par conséquent toujours mortelle. Les guérisons ne seraient que de fort rares exceptions; encore faudrait-il accueillir avec peu de confiance ces cures exceptionnelles, où le diagnostic n'aurait pas d'ailleurs un degré de précision suffisant. On n'aurait guéri, en effet, que des congestions cérébrales plus ou moins intenses, des troubles sympathiques divers éveillés dans

les centres nerveux par la dentition, les vers, les affections aiguës du tube digestif, etc. Le pronostic, au chevet de l'enfant atteint de méningite, ne serait donc qu'une sentence de mort sans appel, le traitement, une routine, l'habitude de faire quelque chose quand même ; le résultat, un nécrologe immuable. — C'est l'exagération de l'axiôme de Senn, qu'au 3e degré la méningite est au-dessus de toute ressource.

Cette manière de voir était acceptée hautement par M. Trousseau dans ses leçons cliniques à l'Hôpital des Enfants : « On ne doit pas traiter les méningites, disait-il en » 1850 ; je n'en ai jamais vu guérir une seule, quoiqu'on » ait fait. Si aucun des moyens employés par vous ne doit » sauver vos malades, pourquoi voulez-vous les faire nager » au milieu des matières fécales, en leur donnant le ca- » lomel ? les faire souffrir inutilement avec vos vésica- » toires et vos sétons. En les tourmentant ainsi, vous préci- » pitez leur chûte. Votre premier devoir, c'est de ne pas » nuire. Laissez-les donc tranquilles, et vous les conser- » verez ainsi quelques jours de plus. (Léon Liégard, sur » la nature et le traitement de la fièvre cérébrale, » *Revue Médico-chirurgicale de Paris, janv.* 1855.) »

Il fallait en effet une bien longue série de cruels mécomptes pour arracher ces désolantes paroles à l'illustre thérapeutiste, et l'amener à se contenter du triste rôle de simple spectateur devant un pauvre enfant se débattant contre une implacable fatalité ; car c'était lui qui avait dit peu de temps auparavant : « Ne vous refusez ni au diagnostic, » ni au pronostic, mais soyez en même temps thérapeu- » tistes entêtés. Si votre science vous dit : Affection mor- » telle, ne fais rien ; que votre humanité vous dise : Tu peux » te tromper, agis, et vous agirez, et si vous réussissez à » guérir un seul de ces malades que votre science avait » condamnés, votre conscience vous en remerciera. (L. » Liégard, loc. cit.) »

Bien que dictée par un profond découragement, une opinion aussi absolue, tombée de la bouche d'un homme si haut placé, dont les observations cliniques ont une si

grande portée, devait à coup sûr produire une immense sensation parmi les médecins, et surtout au sein de toute une génération de jeunes gens séduits par la parole entraînante du maître ! Mais aussi quel immense danger si cette parole si séduisante ne devait consacrer qu'une erreur ! Dans quelle décourageante pauvreté elle devait laisser tomber la thérapeutique des affections cérébrales, thérapeutique encore si incomplète comme celle de tant d'autres maladies ! Comme elle devait paralyser les efforts de tant d'intelligences qui appellent la lutte et qui s'y préparent avec toute l'énergie dont elles sont capables ! Quel triste rôle elle laissait au médecin convaincu, restant sans armes au chevet de pauvres créatures dont quelques-unes peut-être auraient échappé à la mort, comme le dit M. Trousseau lui-même !

I.

Heureusement, la théorie qui accorde à la méningite des enfants une forme constamment granuleuse, est victorieusement combattue par la grande majorité des auteurs qui se sont occupés de pathologie infantile. Presque tous, en effet, ont séparé avec soin la méningite simple de la méningite granuleuse. MM. A. Liégard, Barrier, Grisolle, Rilliet et Barthez, Fabre et Constant ; Guersant, Golfin, Mazade, etc., en donnant de nombreuses observations de guérisons de la première de ces maladies, se sont attachés avec un soin tout particulier à l'étude du diagnostic différentiel des granulations. Quelques autopsies faites avec toute l'attention possible, ont d'ailleurs surabondamment démontré que ce produit morbide n'était pas un élément constant de la méningite, lors même que les symptômes semblaient accuser sa présence.

L'observation suivante nous paraît un cas de méningite simple.

OBSERVATION Ire.

Joséphine Chartier, 2 ans, blonde, fraîche, mais peu

forte, née de parents bien portants, a le ventre très-gros ordinairement et un peu sensible. Depuis quelques jours, cette enfant est changée, et sa figure est devenue livide et bouffie. Elle est triste, grognon, dort mal, se réveille en sursaut; l'haleine est aigrelette, l'appétit se perd; le moindre aliment lui donne des nausées et même des vomissements, sa langue est sale; le ventre est devenu plus gros, plus tendu, plus douloureux; il y a des alternatives de constipation et de dévoiement. La peau est chaude, le pouls fébrile, la tête brûlante et lourde.

1er jour. La mère, convaincue que son enfant a des vers, me supplie de lui donner un vermifuge; je m'y résous plutôt pour lui faire plaisir que par conviction.

Semen contrà, 2 gram.; eau, 60 gram.

2e jour. Le lendemain, ricin, 4 gram. Quelques selles et pas de vers.

3e jour. Aggravation notable de tous les symptômes. Tête brûlante, inondée de sueur, face ordinairement pâle et défaite, parfois plaquée de rouge sur les pommettes; engourdissement comateux, yeux caves, à demi fermés, laissant voir le segment inférieur des cornées; pupilles contractées; sensibilité de la peau diminuée; toutefois l'enfant fronce le sourcil et crie quand on la pince. Cette somnolence est interrompue par de rares moments d'agitation; quelques vomissements, constipation, langue chargée, haleine fétide; peau chaude, sèche, pouls petit, fréquent.

2 sangs. aux malléoles; 2 vésic. aux jambes; calomel, 15 centig. (pas de selles).

4e jour. Les sangsues saignent abondamment, les vésicatoires prennent bien; le tout sans résultat. L'enfant est sans connaissance, immobile, plongée dans le coma; la face toujours alternativement pâle ou plaquée de rouge; l'ouïe et la vue semblent abolies; les pupilles se sont dilatées, point de strabisme; les paupières toujours demi-closes, laissent voir le segment inférieur des cornées, douées d'un mouvement lent de va et vient.

Calomel, 20 centigr.; 2 vésic. aux cuisses. (1 selle).

5e et 6e jours. Point d'amélioration.

1 vésic. à la nuque ; calomel, 20 centig. Le 6e jour, une sangsue derrière une oreille.

Cette sangsue saigne beaucoup ; l'enfant est soulagée, car elle ouvre les yeux et semble renaître à la vie ; elle fixe sa mère avec attention, mais sans prononcer une parole. L'assoupissement est moins profond, la peau moins chaude, le pouls plus calme, quoique très-faible. Trois selles.

Sécher les vésic. ; quelques cuillerées de bouillon. Calomel, 10 centig.

7e jour. Quelques heures d'un bon sommeil ; face amaigrie, mais bonne ; regard presque naturel ; retour du sens de l'ouïe ; abaissement du pouls et de la température de la peau.

A partir de ce jour, la guérison se dessine de plus en plus et l'enfant entre bientôt en convalescence.

Aujourd'hui, Joséphine Chartier est une jeune fille de 13 ans, frêle, mais d'une santé passable.

Voilà un ensemble de phénomènes assez caractéristique : cependant, je ne me dissimule point qu'il y manque quelques traits saillants, les cris hydrencéphaliques, les grincements de dents, le mâchonnement, les soubresauts dans les tendons, la raideur du tronc. S'ils ont existé, ils ont été omis dans le tableau sommaire que je viens d'esquisser, et ma mémoire ne vient pas au secours de mes notes. D'un autre côté, l'on ne doit pas perdre de vue que cet appareil si menaçant de symptômes s'est déclaré au milieu d'une affection abdominale ; qu'il est très-naturel de supposer qu'il n'est peut-être qu'un retentissement sympathique de cette dernière. J'étais moi-même, dès le premier jour, très-disposé à partager cette opinion ; mais, s'il y a eu retentissement sympathique, ce que je suis loin de contester, il paraît certain que l'encéphale, dont les sympathies ont été si vivement éveillées, est devenu le siége d'une lésion anatomique qui a dominé toute la maladie. Il est difficile, d'ailleurs, de concilier une simple souffrance sympathique des centres nerveux avec un coma continuel, à

peine interrompu par de rares moments d'agitation, des yeux caves, cernés, entr'ouverts, laissant voir le segment inférieur des cornées nageant en quelque sorte dans l'orbite; l'abolition de la vue et de l'ouïe, la diminution de la sensibilité cutanée, des vomissements verdâtres et répétés, une constipation rebelle, etc. Ces symptômes me semblent bien plutôt caractériser une méningite, bien qu'elle n'ait présenté ni la gravité, ni la durée habituelle de la méningite granuleuse.

Une comparaison fera peut-être mieux ressortir encore la différence qui existe entre la véritable méningite et les affections sympathiques du cerveau.

Observation IIe.

Olivier Samson, 13 mois, gras, bouffi et pâle, est devenu grognon et maussade depuis une quinzaine ; il dort mal et se réveille en sursaut ; il a peu d'appétit, mâchonne et bave sans cesse; un peu de soif et de diarrhée.

6 octobre 1850. A ces symptômes vient se joindre une fièvre violente, avec un peu d'assoupissement, mais sans perte de connaissance; la diarrhée continue.

3 sangs. au siége, 3 lavem. amid., cat. émoll. sur l'abdomen; sinap. 3 fois aux extrém. inf.

7 oct. Agitation continuelle, fièvre ardente, pouls à 140; mâchonnement; l'incisive latérale gauche se dessine à travers la gencive rouge et tuméfiée.

3 sangs. sur l'abd. Le reste, ut suprà.

8 oct. Bien que la connaissance semble conservée, l'agitation commence à alterner avec un assoupissement assez profond ; il y a quelques soubresauts dans les tendons; la joue gauche rougit et pâlit alternativement plusieurs fois par jour. La diarrhée a cessé ; des frissons irréguliers sont remplacés, à diverses reprises dans la journée, par une chaleur violente; le pouls est actuellement à 120.

10 centig. de sulf. de quinine; 2 sangs. à un genou ; un vésic. à une jambe.

Le lendemain, un vésic. à l'autre jambe; 20 centig. de calomel. (Deux selles jaunes.)

10 oct. L'enfant a dormi d'un bon sommeil ; il est plus éveillé ce matin ; la peau est fraîche, le pouls à 120.

Continuer le calomel.

11 oct. Même état ; mais, le 12, l'enfant est fort abattu ; la face et le front sont brûlants ; nausées, vomituritions ; peau chaude, pouls à 150. La dent ne sort point encore.

Incision de la gencive ; cat. sinap.; vésic. à une cuisse.

13 oct. Même état. Ipécacuanha, 25 centig. qui ne font pas vomir, mais déterminent 3 selles abondantes ; frictions mercurielles autour du cou et sous les aisselles.

14 oct. L'enfant a dormi toute la nuit ; ce matin, il joue sur son lit : la face est calme et naturelle, la peau fraîche, le pouls à 110. Les vomituritions ont cessé, il reste un peu de diarrhée.

A partir de ce moment, la convalescence n'est entravée par aucun accident nouveau ; la diarrhée seule persiste pendant quelques jours et finit par céder à une potion légèrement laudanisée.

Chez l'enfant qui fait le sujet de cette observation, le travail de la dentition est évidemment le point de départ de tous les accidents. Soit que les sympathies de l'appareil digestif aient été éveillées les premières et qu'elles aient réagi sur celles de l'encéphale, soit que le retentissement ait été simultané sur toutes les grandes fonctions, toujours est-il que le cerveau s'est trouvé lésé à un degré capable d'inspirer d'assez vives inquiétudes. Mais quelle différence entre cette congestion qui détermine quelques rougeurs fugaces des pommettes, quelques soubresauts, un peu de somnolence, sans perte de connaissance, sans altération appréciable de l'ouïe ni de la vue, qui s'accompagne de diarrhée, etc., et les lésions anatomiques sans lesquelles on ne saurait expliquer l'ensemble des symptômes offerts par J. Chartier, tels que le coma, l'abolition progressive de la vue et de l'ouïe, la dilatation des pupilles, l'affaiblissement de la sensibilité des téguments, les vomissements, la constipation, etc.! Dire que d'un côté il y a eu simple hypérémie, de l'autre, phlegmasie confirmée, c'est établir, en deux mots, toute la distance qui les sépare.

II.

Nous avons donc un fait acquis, c'est que la méningite des enfants peut être simple et céder à une médication appropriée.

Mais, lorsqu'elle est de nature granuleuse, les sujets qu'elle attaque sont-ils voués à une mort inévitable? Oui, répondra-t-on de toutes parts, car elle est tuberculeuse. *Immedicabile vitium*, s'écrie Camper. — Les tubercules ne pardonnent jamais, surtout dans l'encéphale, où l'on ne peut même pas, comme dans le poumon, entraver pour un temps le travail phlegmasique qu'ils développent autour d'eux. Voilà, en abrégé, l'opinion de tous les auteurs, de Robert Whigtt, de Senn, de Rufz, de Gerhard, de Piett, de Green, de Billiet et Barthez, de Fabre et Constant de Guersant, etc., auxquels je n'ai point l'intention d'emprunter une série fatigante de citations.

Pourtant, quelques tentatives de réaction contre une idée aussi absolue, avaient été déjà faites. Jahn, Meissner, Nasse, Tourtual, Riecke et M. Charpentier, avaient publié des exemples de guérison. Malheureusement, leurs observations étaient ou trop incomplètes, ou entachées d'erreurs anatomiques ou physiologiques incroyables. Leurs efforts laissèrent dans toute son intégrité la théorie de l'incurabilité absolue de la méningite granuleuse.

Chose étrange et qui prouve toute la vanité des idées exclusives! Les coups destinés à ruiner cette théorie devaient partir de ce groupe d'élèves qui recueillaient avec tant d'avidité la parole du maître. De nombreuses observations prises dans le service de M. Trousseau et analysées avec soin par MM. Moynier et Savouret furent les premières armes avec lesquelles ce dernier battit en brèche la doctrine de la méningite tuberculeuse. Les recherches de M. Ch. Robin venaient de démontrer que les granulations des méninges ne contenaient pas un atôme de matière tuberculeuse, qu'elles avaient une nature à part et fort distincte. La lumière se faisait et l'espérance renaissait au cœur de toute cette pléïade de jeunes gens que désespé-

rait le désespoir de l'illustre professeur. Lui-même voyait ses idées en subir une profonde modification. Bientôt, une nouvelle thèse parut sur cet important sujet ; M. Léon Liégard, de Caen, vint (1854) s'associer au mouvement réactionnel et faire faire à la vérité un pas de plus, grâce encore aux recherches microscopiques de M. Ch. Robin. En effet, cette thèse, à laquelle nous renvoyons pour les détails, démontre que non-seulement les granulations des méninges, mais encore celles que l'on rencontre dans les différents organes des enfants morts de méningite granuleuse, n'ont avec le tubercule aucun rapport de nature. L'auteur cite quelques exemples de guérison à l'appui de sa démonstration fournie par le microscope.

III.

Voici d'abord l'analyse sommaire des observations comparatives faites sur le tubercule et la matière des granulations :

Les granulations renferment des *Cytoblastions* ovoïdes, sphériques, de 4 à 6 millièmes de millimètre de diamètre.	Les tubercules contiennent des *Corpuscules* polyédriques, à bords irrégulièrement dentés, de 7 à 10 millièmes de millimètre de diamètre.
L'acide acétique fonce le contour des cytoblastions et ne modifie point les granules qu'ils contiennent.	L'acide acétique pâlit les corpuscules tuberculeux et leurs granules.
Les granules du cytoblastion sont plus rapprochés du centre que de la circonférence.	Les granules sont uniformément répandus dans tout le champ du corpuscule tuberculeux.
Les cytoblastions appartiennent au groupe de cellules renfermant des noyaux libres.	Les corpuscules tuberculeux n'appartiennent pas à la classe des cellules à noyaux libres dont ils n'ont pas l'aspect.

Une idée de M. Trousseau viendrait encore, si elle se justifiait, établir une grande différence entre la granulation méningitique et le tubercule. Selon l'illustre professeur, ces granulations se formeraient pendant les accidents aigus qui terminent l'existence : elles seraient le résultat de ces accidents. Or, nous savons que si le tubercule peut grandir et se développer sous l'influence de l'inflammation, il la précède et la détermine dans l'immense majorité des cas.

On conçoit facilement la révolution que cette découverte devait opérer dans les idées. Ne plus être en présence de l'élément tuberculeux, dont le nom seul a quelque chose de si effrayant, c'était avoir gagné, ce semble, immensément de terrain. Mais si l'élément granuleux, tout en différant singulièrement du tubercule, quant à sa nature, n'offrait pas plus de chances de guérison que lui, s'il tuait aussi infailliblement, la découverte prenait alors des proportions bien mesquines et se réduisait à une question de stériles distinctions : *nugæ difficiles.*

IV.

Mais des recherches consciencieuses et patientes ont démontré (autant qu'il était possible de le démontrer), que la méningite granuleuse n'est pas toujours au-dessus des ressources de l'art. Dans un travail cité par M. Léon Liégard, et consigné dans les Archives générales de médecine (août 1853), M. Rilliet modifiant ses opinions au sujet de la gravité de cette sorte de méningite, cite 8 cas de guérison recueillis par divers auteurs, et dont l'authenticité ne laisse rien à désirer. Il en ajoute 3 qui lui sont propres. Un 12e est cité dans la thèse de M. Savouret, comme ayant existé dans le service de M. Trousseau, qui avait reconnu lui-même la nature granuleuse de la maladie ; un 13e, cité par M. Léon Liégard, est tiré de la pratique de M. Liégard père, médecin à Caen.

Voilà donc un total de 13 cas de méningite granuleuse

terminée par la guérison. Ce chiffre, quoique ayant déjà une certaine valeur, ne constitue encore que de rares exceptions. Mais ces exceptions, grâce à un traitement plus rationnel, mieux suivi, modifié avec le courage et la persévérance que donne l'espoir, devront nécessairement se multiplier. N'atteindraient-elles pas un chiffre fort imposant, si tous nos confrères, répondant à la généreuse initiative des élèves de M. Trousseau, apportaient le résultat de leurs observations ?

La lecture du travail de M. Léon Liégard m'a singulièrement ému et entraîné. C'est une si séduisante bonne fortune pour le médecin que de voir une maladie, réputée jusque-là incurable, enfin dépossédée de cette fatale réputation, que je n'ai pu résister à cette sorte d'appel. Je me suis mis avec ardeur à compulser toutes les notes que j'ai recueillies à la campagne et à Nantes, depuis onze ans, sur les affections du cerveau chez les enfants (1). Cette re-

---

(1) Ces notes se composent : 1° d'une multitude d'enfants atteints, à l'occasion d'affections abdominales, du travail de la dentition, etc., d'accidents cérébraux plus ou moins inquiétants, plus ou moins prolongés, qui, chez quelques-uns même ont mis un instant la vie en danger ; 2° de 3 cas de cholérine ou diarrhée séreuse chez lesquels des phénomènes cérébraux sont venus figurer pendant les dernières heures de la vie ; 3° de huit enfants de 16 mois à 12 ans pris de scarlatine maligne avec symptômes cérébraux simulant une méningite foudroyante (4 décès) ; 4° d'une pneumonie double chez une petite fille succédant à la rougeole et se compliquant, les deux derniers jours, de phénomènes ataxiques au milieu desquels la vie s'éteignit ; 5° de deux enfants hydrocéphales qui succombèrent lentement à cette maladie ; 6° de quatre cas de méningite traités de nov. 1844 à décembre 1845, et signalés dans une statistique faite sur la demande de la Préfecture, au commencement de 1846. De ces quatre cas, je n'ai pu retrouver qu'un seul *in extenso* : c'est celui qui fait le sujet de ma première observation (2 décès) ; 7° de neuf observations de méningite dont une tellement foudroyante qu'elle m'a laissé des doutes. Quant aux huit autres, elles me semblent réunir toutes les conditions susceptibles de satisfaire l'esprit le plus difficile (5 décès). En tout, 13 cas de méningite, 8 décès. Je possède enfin un dernier cas de méningite terminée par guérison ; mais il n'est qu'indiqué, et ma mémoire ne me fournit, à cet égard, que des données trop incomplètes pour en faire l'objet d'une démonstration.

cherche me permet d'ajouter trois nouveaux cas de guérison à ceux qui sont mentionnés dans la thèse de M. Léon Liégard. Avant la lecture de cette thèse, je m'étais souvent demandé si la méningite granulée n'était pas susceptible de pardonner dans quelques cas. La guérison inespérée de plusieurs enfants qui présentaient tous les symptômes de cette affection m'avait fait concevoir une espérance que je n'osais émettre encore. Aujourd'hui que la curabilité de cette redoutable maladie semble n'être plus impossible, ces observations peuvent être présentées avec le titre de méningites granuleuses.

Observation IIIe (1).

Marie Mercier, de Couëron, 7 ans, blonde, lymphatique, d'une constitution assez forte, éprouve, à chaque indisposition, une réaction sympathique plus ou moins vive du côté des centres nerveux.

Le 12 octobre 1847, après quelques jours de malaise, un frisson violent, suivi de vomissements bilieux répétés; céphalalgie intense; douleur fixe et insupportable dans l'abdomen. — A ma première visite, je trouve cette enfant couchée sur le dos, la face rouge, grippée et souffrante, la tête douloureuse, les yeux sensibles à la lumière, l'intelligence nette, répondant avec clarté, mais avec brusquerie et mauvaise humeur. Point de somnolence ni de convulsions. La langue est sale, la bouche mauvaise, la soif vive, l'anorexie complète avec des vomissements fréquents de matières bilieuses. Le ventre est le siége d'une douleur déchirante qui s'exaspère à la moindre pression; les selles sont naturelles pour la fréquence et la consistance, les urines rouges et chargées. Rien d'anormal du côté du

(1) Cette observation a été publiée *in extenso* dans le *Journal de Médecine* de Nantes (134e liv., 1851). Comme elle est fort longue, je me contenterai de la présenter sous forme d'extrait, en lui conservant toutefois les traits qui la caractérisent.

cœur et de l'appareil respiratoire ; la peau est brûlante, le pouls petit, serré, à 120.

J'ai sous les yeux une péritonite à son début et qui déjà s'accompagne de symptômes cérébraux inquiétants.

Diète ; orge ; potion légèr[t] éthérée ; 8 sangs. sur l'abdom. — 2 vésic. aux jambes.

13 oct. Malgré cette double attaque dirigée contre l'affection abdominale et les phénomènes sympathiques qu'elle met en jeu, les accidents suivent une marche croissante ; le ventre est plus douloureux, plus tendu, les vomissements plus fréquents, les selles nulles, le pouls plus petit, à 130. En même temps, la céphalalgie augmente avec l'impatience ; les yeux se cavent et ne peuvent supporter l'éclat du jour ; la face rougit et pâlit alternativement ; quelques cris aigus qui ressemblent aux cris hydrencéphaliques.

Cat. sur l'abd. — 8 sangs. aux cuisses ; eau froide sur le front ; le soir, 20 gram. d'huile de ricin qui donnent 2 selles.

14. Quelques mouvements convulsifs alternant avec de la somnolence ; les autres symptômes augmentent d'intensité.

8 sangsues aux apophyses mastoïdes.

15. Nuit mauvaise : délire, agitation, convulsions, cris aigus succédant à une période de résolution complète. A minuit, coma, face pâle, immobile, yeux caves et cernés, entr'ouverts, pupilles dilatées ; quand on l'appelle, l'enfant se réveille en sursaut et retombe immédiatement dans sa somnolence. Tête brûlante, couverte de sueur a sa partie postérieure ; respiration à 40, thoracique, pouls à 180, presque insensible. Ventre très-ballonné, urines rares, ventre serré.

1 vésic. sur le ventre ; 2 vésic. aux cuisses ; lavem[t] purg.

Le matin, délire, carphologie, convulsions, contractures, cris hydrencéphaliques, grincements de dents, mâchonnement continuel ; face rouge, animée ; yeux étincelants, pupilles resserrées, contractiles. Il est difficile

de savoir s'il existe un strabisme morbide, la malade louchant habituellement. Céphalalgie déchirante qui s'exaspère au moindre attouchement exercé sur la tête; sensibilité telle des téguments qu'il suffit de toucher le lit de Marie Mercier pour lui arracher des cris. Peau chaude, pouls irréguliers, s'effaçant sous le doigt, à 150. Bientôt tout cet appareil d'excitation fait de nouveau place au coma le plus profond. Respiration fréquente, ventre énorme, douloureux, quoique à un moindre degré, mat dans les parties déclives. Les vomissements ont cessé.

4 gram. d'ong[t] napol. en frictions toutes les 4 heures; 25 centig. de calomel toutes les 6 heures.

Le calomel donne des selles nombreuses; mais si, les les jours suivants, l'affection du ventre marche vers la résolution; si un nouvel épanchement qui s'est opéré dans les deux plèvres se résorbe graduellement, les symptômes cérébraux sont loin d'avoir fléchi. Le 21, le coma est profond, la face immobile, pâle ou plaquée de rouge alternativement, la tête inondée de sueur, les pupilles dilatées, presque insensibles, la peau peu excitable. Connaissance perdue, marmottement inintelligible; les convulsions et les contractures s'éloignent de plus en plus. La circulation devient irrégulière, sans rhythme, le pouls varie de 130 à 180, quelquefois on ne peut le compter. La respiration est anxieuse, précipitée, inégale; les selles et les urines involontaires.

Continuer les frictions et le calomel dont l'action purgative se maintient.

L'enfant reste 7 jours encore dans cette cruelle situation, entre la vie et la mort.

Le 22 (onzième jour). La nuit a été un peu meilleure: il y a eu une couple d'heures d'un vrai sommeil; les cris de tête ont été rares; la connaissance est revenue par instants. — Le matin, la malade répond lentement par monosyllabes, mais avec justesse, à quelques questions; la tête est toujours douloureuse et brûlante, la face toujours alternativement pâle ou plaquée de rouge; mais il y a du calme; le coma disparaît; le pouls est à 125, plus

régulier; l'abdomen indolore; point de toux; plèvres vides.

Même prescription.

A partir de cette époque, le mal est vaincu; les symptômes s'amendent graduellement, la petite malade se rétablit lentement à la vérité, mais rien ne vient entraver sa convalescence. Aujourd'hui, Marie M. a 15 ans, et, depuis 8 ans, sa santé ne s'est pas démentie.

Lorsque je présentai, pour la première fois, la relation de ce fait intéressant à la Section de Médecine, je n'osai prononcer le mot de méningite granuleuse. Bien plus, le mot de *granuleuse* étant, à cette époque, synonyme de *tuberculeuse* dans l'esprit de tout le monde, il eût semblé singulièrement téméraire d'inscrire ce diagnostic en tête d'un cas de guérison.

Cependant, lorsque l'on considère la gravité des symptômes, leur forme, leur enchaînement, la durée du mal, il est difficile de ne pas admettre une immense ressemblance entre ce cas et les descriptions que les auteurs nous ont données de la méningite granuleuse, d'autant plus que la disposition du cerveau, chez cet enfant, à ressentir douloureusement la moindre souffrance d'un autre organe, doit nécessairement faire soupçonner un travail spécial, une manière d'être particulière de l'encéphale.

Observation IVe (1).

Stanislas Maugat, de Couëron, 22 mois, enfant fort, né d'une mère sujette à d'horribles maux de tête qui la tiennent au lit pendant des semaines entières, a présenté jusqu'ici une bonne santé, qui n'a été interrompue que par quelques dérangements de corps si fréquents chez les enfants. Dans les derniers jours de décembre 1846, il est

(1) Bien que tracée à grands traits et même incomplète sous beaucoup de rapports, cette observation me paraît des plus concluantes.

triste, rechigné, perd l'appétit, crie quand on veut le faire manger, et rejette une partie des aliments qu'on lui donne. Il dort mal, crie la nuit, se réveille en sursaut, a des soubresauts dans les tendons; la face est pâle et altérée. Point de traitement.

Le 2 janv. 1847. Depuis hier, Stanislas est beaucoup plus mal, une fièvre violente s'est déclarée; il existe une vive céphalalgie qu'accusent le plissement du front et l'obstination avec laquelle l'enfant ferme les yeux; les pupilles sont contractées et contractiles; la face est rouge, une agitation inquiète alterne avec une somnolence profonde entrecoupée de temps en temps par un réveil en sursaut et des cris aigus; quelques soubresauts et un peu de mâchonnement. La langue est un peu blanche; deux vomissements bilieux depuis hier; soif, ventre souple, un peu sensible à la pression, constipation. Peau chaude, pouls à 110-120.

4 sangsues aux malléoles; eau froide sur le front; calomel, 20 centig.

Le 3. Le calomel détermine 2 selles; les sangsues saignent abondamment. L'enfant paraît notablement soulagé, presque en convalescence : il s'assied et joue un instant sur son lit.

Calomel, 20 centig.

Le 4. Les accidents se sont aggravés depuis cette nuit; la connaissance s'est perdue; les yeux se sont fermés; les pupilles resserrées sont encore contractiles, la face crispée pâlit et rougit alternativement. L'enfant s'agite violemment, grince des dents, mâchonne, jette des cris hydrencéphaliques, tressaille et se renverse en arrière, puis tombe, au bout de quelque temps, dans une somnolence profonde avec la pâleur et l'immobilité de la mort. Le pouls est petit, serré, à 150.

4 sangs. aux cuisses; 2 vésic. aux mollets; 1 vésic. sur le cou; calomel, 30 centig.

Les sangsues saignent passablement, les 3 vésicatoires prennent bien; plusieurs selles vertes.

5, 6 et 7 janvier. Coma presque continuel dont Stanislas

ne sort que pour jeter des cris aigus. Parfois il ouvre la bouche toute grande comme pour crier; mais la voix ne sort point, ou bien c'est une sorte de *cri à voix basse*, si je puis ainsi dire, une expiration sourde. Le mâchonnement, les grincements de dents, les soubresauts deviennent plus rares. Yeux fermés, convulsés en haut, roulant lentement dans leurs orbites, quand on ouvre les paupières; strabisme léger, pupilles dilatées, peu contractiles; abolition de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité cutanée. Une pâleur cadavérique de la face est remplacée de temps en temps encore par des plaques d'un rouge ardent sur les pommettes. La raideur du cou et de tout le rachis est considérable, l'amaigrissement marqué, la peau chaude et sèche, le pouls irrégulier, petit, incertain, variant de 120 à 180. Les vomissements ont cessé, mais les selles sont fréquentes, le ventre souple.

2 vésic. aux cuisses; calomel, 30 centig.; ong[t] napolit., 15 gram. en frictions.

8 et 9. Malgré l'énergie du traitement, la maladie s'aggrave avec une persistance désespérante. Le 9 surtout, le coma est sans interruption. Plus de cris, de mâchonnement, de soubresauts; l'enfant ressemble à un petit cadavre; les paupières entr'ouvertes laissent apercevoir les globes oculaires se mouvant avec lenteur, les pupilles presque de la largeur de l'iris, insensibles. On peut toucher les conjonctives avec les barbes d'une plume, sans que l'enfant ait l'air d'en avoir conscience. Peau chaude; la place occupée sur l'oreiller par la tête est inondée de sueur. Pouls impossible à compter, irrégulier, inégal, filiforme.

Continuer les mercuriaux.

10 janv. Coma un peu moins profond; pouls plus perceptible; les jours suivants la connaissance semble revenir un peu; les yeux s'ouvrent et deviennent plus nets. Le 13, il y a de l'espérance; le 16, la maladie semble définitivement jugée, et la convalescence se dessine franchement.

Aujourd'hui (septembre 1855), Stanislas Maugat a 10

ans, il est d'une santé assez frêle et sujet à des céphalalgies fréquentes qui le prennent brusquement et le quittent de même, après l'avoir cruellement torturé.

Observation Ve.

Marie Martin, belle et forte enfant de 4 ans, a toujours joui d'une bonne santé; ses parents sont forts, sanguins et bien portants. Elle est lente, assez peu intelligente. Depuis les premiers jours d'avril 1855, on remarque qu'elle est seule, triste, grognon, qu'elle aime peu à se déplacer; elle n'accuse, du reste, aucune souffrance; seulement elle vomit fréquemment, l'appétit s'est perdu; elle est brûlante par instant : toutefois, elle n'est pas obligée de s'aliter.

Dans la nuit du 18 au 19, frisson suivi d'une fièvre violente avec rougeur vive, céphalalgie intense qu'accusent plutôt les gestes que les paroles de l'enfant. Jactitation, insomnie; quelques vomissements bilieux; constipation depuis deux jours.

19. Décubitus dorsal; tête douloureuse, brûlante, face rouge, crispée; yeux chassieux; pupilles un peu contractées, connaissance complète, humeur très-irritable, cris d'impatience au moindre attouchement, pas de convulsions; peau chaude, pouls fréquent, ferme, à 130; langue légèrement blanche, soif ardente.

4 sangs. aux malléoles; elles saignent abondamment; calomel, 25 centig. (une selle insignifiante).

20. La peau est un peu moins chaude, le pouls moins fort, moins fréquent, la face rouge ou pâle alternativement, mais toujours crispée, les yeux toujours chassieux, les pupilles contractées, l'impatience extrême; le sommeil est agité, interrompu souvent par un réveil brusque que signale un soubresaut et un cri aigu; quelques vomituritions.

4 sangs. aux genoux (écoulement de sang considérable); lavement avec sel commun; sinapismes aux pieds; calomel, 30 centig. (une selle).

21. Peu de résultats; la peau est un peu moins chaude

toutefois, le pouls moins fréquent, oscillant entre 90 et 110. Mais la face est par moment immobile, violacée, livide, pour grimacer ensuite et se plaquer de rouge sur les pommettes; le front se plisse à la racine du nez, les yeux mornes, stupides pendant l'atonie, deviennent brillants dans la période d'excitation, les pupilles resserrées, contractiles, non oscillantes. Marie est d'une impatience extrême, jette des cris aigus quand on lui parle, qu'on la touche, qu'on remue son berceau, ou même quand on s'approche d'elle : il semble que la sensibilité tactile soit tellement exaltée que l'agitation de l'air lui cause une impression désagréable. Pas de délire; sommeil agité, fatigant, entrecoupé; déjà la tête a un peu de tendance à se renverser en arrière. Langue blanche, soif, pas de vomissements, constipation rebelle; nn peu de toux que n'explique aucun phénomène stéthoscopique ou plessimétrique.

Les frissons signalés par les parents, la différence extrême présentée par le pouls à diverses époques, m'engagent à donner du sulfate de quinine, au moins à titre de précaution contre la possibilité d'accès pernicieux.

Sulfate de quinine, 25 centig.; 2 vésic. aux jambes; lav^{t} purgat.

22. Un changement inattendu me fait supposer qu'en définitive je n'ai à combattre qu'une fièvre rémittente à symptômes cérébraux. Ce matin, la face est naturelle, épanouie, les yeux nets et vifs, la peau fraîche, le pouls à 86. Quoique d'assez mauvaise humeur encore, l'enfant s'occupe de ce qui l'entoure et demande à manger : les vomissements ont disparu, mais le ventre est toujours serré.

Sulfate de quinine, 30 centig.; 2 cuillerées de panade.

23. Cette amélioration n'est que de courte durée. Dans la soirée, Marie retombe dans une grande agitation; le rachis se raidit et se renverse en arrière; des soubresauts se font sentir dans les tendons; la tête douloureuse se couvre de sueur; la face crispée rougit et pâlit tour à tour; la petite malade mâchonne, grince des dents, tire sa lèvre

inférieure avec acharnement et s'arrache les cheveux ; elle jette à chaque instant un cri aigu, unique, en ouvrant une bouche énorme ; le moindre attouchement l'irrite ou lui arrache de ces cris ; l'intelligence commence à se perdre ; pourtant elle semble encore parfois entendre et comprendre sa mère, quand celle-ci lui parle à haute voix. La vision est altérée, les pupilles contractées, la soif vive ; point de vomissements ni de selles ; peu de toux ; peau chaude ; pouls petit, irrégulier, variant de 120 à 150.

2 vésic. aux cuisses ; glace sur le front ; calomel, 40 centig. ; ong^t napolit., 15 gram. en frictions.

24. Décubitus sur le côté, en chien de fusil ; tête renversée en arrière et raide ; cris aigus, incessants depuis cette nuit ; pâleur mortelle alternant avec une rougeur plaquée des joues, amaigrissement notable, traits effilés, front crispé ; yeux fermés, globes oculaires légèrement convulsés en haut ; pupilles dilatées, égales, légèrement contractiles. La vue est abolie complétement, les cornées chassieuses sont comme granulées ; pas de strabisme. Abolition de l'ouïe ; mâchonnement et grincements de dents répétés, surtout cette nuit. La sensibilité de la peau semble fortement diminuée à gauche ; mouvements automatiques de la main droite qui se porte au front, fourrage ses cheveux ou cherche quelque chose en l'air et sur son lit. Immobilité très-prononcée du bras gauche ; soubresauts dans les tendons. Déglutition difficile, point de vomissements, langue blanche, point de salivation, ventre sensible à la pression, selles rares. Peau chaude, aride, flétrie ; pouls variable, fréquent, irrégulier, dépressible, de 110 à 150 ou même 180.

Depuis 24 heures, cette agitation a fait place, plusieurs fois, à un état comateux des plus alarmants.

Sécher les vésic. ; 1 séton sur le cou (il saigne abondamment) ; calomel, 40 centig. ; onguent napolit., 15 gram.

25. M. Thibeaud est appelé en consultation. Marie est exactement dans le même état qu'hier ; seulement, il y a eu 4 ou 5 selles vertes abondantes.

Diagnostic : méningite probablement granuleuse. Pronostic : mort presque certaine. Traitement : le même absolument. Seulement, dans les deux jours suivants, après avoir essayé, sans succès, le calomel à doses fractionnées, selon la méthode de M. Trousseau, nous portons successivement la dose de ce médicament à 60, 75 centig., 1 gram. même dans les 24 heures, et l'onguent napolitain à 30 grammes dans le même espace de temps.

Sous l'influence de ce traitement, l'enfant reste dans le même état pendant 4 ou 5 jours. Elle jette des cris aigus pendant des heures entières, puis retombe dans le coma. Le rachis est raide, tout d'une pièce ; la vue et l'ouïe toujours abolies, la sensibilité des téguments toujours amoindrie, le côté gauche presque paralysé du mouvement et du sentiment. La nuit surtout, il y a plus d'agitation, de cris, d'alternatives de rougeur et de pâleur de la face ; les selles sont abondantes et répétées, 6 ou 7 fois dans les 24 heures.

Même traitement.

1er mai. La connaissance semble revenir, la vue saisir quelques objets. La mère a cru remarquer un peu d'attention chez sa fille, quand elle l'appelle. Les yeux sont ouverts, un peu fixes et étonnés, mais nets ; les pupilles moyennement dilatées ; le visage est assez bon, quoique très-pâle ; mais il y a encore un peu de raideur du cou, encore quelques cris la nuit, quelques alternatives de rougeur et de pâleur ; la soif reste vive, le ventre toujours très-libre ; la déglutition est plus facile, la peau fraîche, le pouls à 90-95.

Continuer les mercuriaux.

Cet état s'améliore graduellement : peu à peu la vue et l'ouïe reviennent à leur état normal ; la tête est libre, la connaissance parfaite, le cou flexible, le sommeil réparateur ; l'appétit se dessine, le ventre reste longtemps libre. Le 12, l'enfant est complétement guérie ; son intelligence est la même qu'avant cette cruelle maladie.

Malgré 10 à 11 grammes de calomel et 300 gram. au moins d'onguent napolitain en frictions, Marie n'a pas eu

de salivation; seulement elle a fait peau neuve de la tête aux pieds.

Il me semble difficile de trouver deux observations plus concluantes. Le tableau est aussi complet que pourrait le désirer le pathologiste le plus difficile, et cadre parfaitement avec la description que les auteurs récents nous ont laissée de la méningite granuleuse. D'abord, quelques prodromes insidieux, à forme mal dessinée, peu inquiétante; un peu d'abattement, de tristesse, d'altération des traits, de céphalalgie, de perte d'appétit, de constipation avec quelques nausées, quelques vomissements; puis un cortége de symptômes des plus significatifs par leur forme et leur marche : la céphalalgie, l'agitation, les soubresauts dans les tendons, l'impatience, la perte de connaissance, les cris hydrencéphaliques, la raideur du cou, la constriction des pupilles, etc., auxquels succèdent, au bout d'un temps variable, le coma, le renversement de la tête en arrière, la dilatation des pupilles, l'abolition de la vue et de l'ouïe, la difficulté de la déglutition, la rougeur et la pâleur alternative de la face, l'altération de la sensibilité et de la motilité, etc.

Les pathologistes ont regardé comme un trait spécial à la méningite granuleuse, comme une sorte de phénomène pathognomonique, sa durée considérable, sa marche lente, irrégulière, entrecoupée de périodes d'amélioration plus ou moins accusée qui peuvent, au premier abord, induire en erreur le médecin même expérimenté et lui donner l'idée d'une sorte de résurrection ou de la présence de l'élément intermittent (1).

---

(1) En février 1844, mourut, à l'hôpital de la Charité, une jeune fille de 18 ans, affectée de méningite granuleuse. Après cinq jours de délire, de coma, d'agitation, de grincements de dents, etc., elle sembla tout d'un coup renaître à la vie. La connaissance revint complète, la céphalalgie disparut presque entièrement, ainsi que tous les troubles nerveux. La malade était sauvée aux yeux de tous ceux qui suivaient la clinique de M. Gouraud, aux yeux de M. Gouraud lui-même. Le lendemain, les accidents s'étaient reproduits avec un redoublement d'intensité, et cette jeune fille expira le dixième jour. La pie-mère était littéralement criblée de granulations.

Ces deux observations présentent ce phénomène aussi complet que possible. Dans les deux cas, dans le dernier surtout, je me suis laissé prendre à cette apparence trompeuse. A la vue du changement opéré dans l'état de Marie M., à la suite de la première dose de sulfate de quinine, je crus à une fièvre intermittente grave : on se rappelle combien cette opinion fut justifiée.

Je ne me dissimule pas qu'une objection grave peut m'arrêter au milieu de cette discussion, et cette objection peut être faite également à tous les cas de guérison de méningite granuleuse rassemblés par M. Léon Liégard. Les enfants dont je vous ai donné la pénible histoire étaient bien atteints de méningite : cela ne paraît pas contestable. Mais cette méningite était-elle granulée? Comment se prononcer pour l'affirmative, quand l'autopsie n'est pas venue justifier le diagnostic porté pendant la vie? Il est vrai que je n'ai pas eu la triste bonne fortune de joindre au tableau de la maladie celui des lésions nécroscopiques. Cet avantage, dont le médecin est fort peu jaloux, aurait sans doute apporté le critérium infaillible de la méningite, et son absence doit laisser planer, sur ces observations, un doute qu'il est fâcheux de ne pouvoir dissiper autrement. Mais alors que penser du diagnostic si laborieusement étudié et formulé par tous les hommes spécialement occupés de pathologie infantile, diagnostic si complétement en harmonie avec la symptomatologie de nos deux observations. De deux choses l'une : ou ces affections sont bien véritablement des méningites granuleuses, et la curabilité de cette redoutable affection est désormais un fait acquis à la science ; ou bien ce sont des méningites simples, et ce diagnostic différentiel est tout à refaire : il faut déblayer le champ de la pathologie de toutes les erreurs qui y ont trait et convenir avec MM. Grisolle et Léon Liégard, qu'il n'existe aucun élément certain sur lequel on puisse établir une distinction positive. Il découle encore de cette seconde alternative une conclusion bien consolante, même pour celui qui reste convaincu de la nature tuberculeuse des granulations ; c'est que la ménin-

gite des enfants n'est pas toujours granuleuse, que lorsqu'elle se présente avec la forme en apparence la moins récusable, il y a encore à espérer que le malade n'a qu'une méningite simple et peut guérir; c'est qu'avec cette prévision, le médecin ne se condamnera pas à une inaction déplorable, et qu'il luttera avec toute l'énergie que donne l'espérance du succès.

V.

Quel sera donc le traitement que l'on pourra opposer avec le plus d'avantages à la méningite?

Nous passerons rapidement sur cette question que tant de monographies ont déjà plus ou moins élucidée et que la thèse de M. Léon Liégard traite avec beaucoup de détails.

1° L'expérience de tous les temps a prononcé à l'égard des antiphlogistiques. Ils sont presque toujours indispensables; maniés avec énergie et intelligence, ils produisent souvent de remarquables effets, quelquefois même ils peuvent avoir tous les honneurs de la guérison, comme on peut en juger par ma première observation, où une dernière sangsue, appliquée derrière l'oreille, porta le dernier coup à une maladie que les révulsifs, les vésicatoires, le calomel n'avaient point entravée.

Je n'entrerai pas dans de longs détails au sujet de la question diversement controversée de la partie où les sangsues doivent être appliquées, s'il faut leur préférer la saignée, etc. Cette question est soumise à mille considérations quant à l'âge, le tempérament, l'intensité réactionnelle, l'époque de la maladie, le traitement déjà suivi, etc. Dire qu'au début la saignée semble préférable lorsqu'elle est possible, lorsque les préjugés des parents n'y mettent point un obstacle invincible; sinon qu'il faut la remplacer par une vigoureuse application de sangsues aux extrémités inférieures; que de nouvelles sangsues appliquées successivement et en petite quantité à la fois, devront entretenir l'écoulement du sang pendant le plus longtemps possible;

que, plus tard, une application semblable aux mastoïdes produit alors une déplétion plus directe, plus énergique, plus efficace; c'est répéter ce que tout le monde a appris, vu, expérimenté.

Nous en dirons autant des applications froides sur la tête, de la glace, etc. La perturbation qu'elles jettent dans les fonctions nerveuses, la modification qu'elles impriment par contre-coup à la circulation capillaire, la sédation puissante qui en résulte, sont des faits bien connus de tout le monde.

2° Les révulsifs extérieurs ne justifient pas tous également l'usage et l'abus qu'on en fait. Les vésicatoires appliqués aux cuisses, aux jambes, au cou, nous ont semblé d'une nullité absolue d'action : cette action n'est ni assez profonde, ni assez énergique pour entraver une maladie aussi grave; ils ne font qu'ajouter à la souffrance, à l'agitation, à la fièvre des petits malades. Jamais je n'ai pu en constater le moindre bon effet. Nombre d'auteurs dont l'opinion mérite d'être acceptée préfèrent de beaucoup les sinapismes dont l'action plus vive, plus rapide, plus susceptible d'être réitérée, peut devenir un utile adjuvant, sans causer des plaies douloureuses, qui ne sont qu'un embarras de plus.

Cependant, la méthode révulsive compte des agents d'une puissance extrême constatée par une longue expérience. Tel est le séton sur le cou, moyen héroïque dont l'action peut être regardée comme complexe. D'abord, la plaie donne quelquefois une assez notable quantité de sang, circonstance qui est loin d'être indifférente, qui est souvent d'une grande utilité. Ensuite, cette révulsion si énergique, si profonde, si rapprochée du siége du mal, tend nécessairement à entraver, à rompre la fluxion phlegmasique qui se fait sur l'encéphale, à accélérer le mouvement de décomposition de ses éléments. Je l'ai employée chez le sujet de ma cinquième observation. Mais si l'amélioration s'est dessinée peu de jours après l'application du séton, il ne faut pas oublier non plus que la petite malade était soumise à une autre médication non moins héroïque, la

mercurialisation, et que, dans ce cas, il est fort difficile de déterminer la part de chacun des agents thérapeutiques.

Un autre moyen révulsif auquel M. Léon Liégard accorde une efficacité supérieure peut-être à celle de tous les autres modes de traitement connus, c'est l'usage de la pommade stibiée en frictions sur le cuir chevelu préalablement rasé. Il l'a vu opérer de véritables merveilles. Mais il insiste sur les précautions à prendre pour maintenir l'éruption dans de justes limites et éviter ces désordres graves, suites malheureusement trop fréquentes d'un usage indiscret : tels que la destruction des cheveux, les larges ulcérations de toute l'épaisseur du derme, et même des surfaces osseuses. Quelle est la valeur réelle de cette médication à laquelle M. Léon Liégard lui-même, malgré sa prédilection, ne peut refuser le titre de barbare? Je l'ignore absolument. Je l'ai vu employer une fois chez un pauvre enfant auquel je donnais des soins en commun avec MM. Pihan-Dufeillay et Thibeaud. Les frictions stibiées, bien que secondées par la mercurialisation et un séton sur le cou, ne purent sauver notre malade, qui nous échappa le dix-septième jour. Théoriquement, il est facile de se rendre compte des résultats heureux d'une révulsion si large, si violente ; et je ne doute pas que la pratique ne puisse parfois justifier les prévisions de la théorie. Toutefois, n'est-il pas à craindre que la douleur cruelle, éveillée par une éruption plus ou moins confluente de pustules, ne détermine un surcroît d'agitation, de fièvre, de fluxion phlegmasique vers la tête, et, partant, n'agisse au profit de la phlegmasie qu'elle est destinée à combattre? Cette crainte ne peut-elle également être formulée à l'endroit du vésicatoire recouvrant tout le cuir chevelu et dont quelques praticiens, recommandables à tous égards, disent avoir obtenu des effets surprenants. Cette question, je n'ose la résoudre; et pourtant elle mérite d'être prise en sérieuse considération.

3° Nous arrivons enfin à un mode de traitement qui compte peut-être les succès les plus nombreux, les plus

éclatants : l'administration du mercure intùs et extrà. Préconisée d'abord par M. A. Liégard père (*Revue Médicale*, 1834), puis bientôt accueillie avec faveur par la plupart des praticiens, cette médication a besoin, comme on le sait, d'être envisagée sous un double point de vue pour être parfaitement comprise.

Elle se compose de calomel donné sous diverses formes et de frictions mercurielles, à doses plus ou moins larges. Quelques mots d'explication sur ces deux éléments du traitement mercuriel.

A. Le calomel peut être donné à doses franchement purgatives et susceptibles de déterminer des selles abondantes, 15, 25, 50, 75 centigr., 1 gramme même dans les 24 heures. Sous cette forme, il rentre dans la classe des révulsifs, à la tête desquels il peut être placé à cause des larges surfaces qu'il intéresse, de l'abondante sécrétion qu'il détermine.

B. A doses fractionnées (5 à 10 centig. divisés en 10 ou 12 paquets), le calomel peut encore produire des évacuations alvines; mais il jouit surtout alors d'un mode d'action particulier, il devient un altérant d'une énergie incomparable, un antiphlogistique puissant que tout le monde connaît. Cette action est exactement la même que celle des frictions mercurielles, sur lesquelles l'opinion est également édifiée.

En résumé, le traitement qui semble le plus rationnel contre la méningite, consiste dans l'emploi, presque simultané, des émissions sanguines et des préparations mercurielles. Ces deux indications convergent vers le même but, se prêtent un mutuel appui : attaquer l'inflammation dans sa source, en diminuant la masse, la richesse et la plasticité anormale du sang, rompre la fluxion qui se fait vers l'encéphale par une énergique et large révulsion sur le tube digestif, par une abondante sécrétion de liquides; activer ainsi l'absorption interstitielle, hâter la décomposition, la dissolution des éléments phlogistiques; tel est le triple but que le médecin se propose, que cette association de moyens thérapeutiques paraît, en théorie,

parfaitement propre à conquérir, qu'elle a surtout conquis plus d'une fois. — Si, au bout de quelques jours, la maladie semble résister, il est utile de recourir au séton sur le cou, mais il ne faut pas attendre trop longtemps. Il faut se rappeler que, dans cette cruelle maladie, la question se juge toujours avec promptitude, souvent avec une rapidité foudroyante. Ce révulsif demande quelque temps pour que son action se fasse sentir. C'est une réserve puissante, quelquefois décisive : l'engager trop tard, c'est s'exposer à perdre une cause qui eût triomphé avec plus d'à-propos.

8 octobre 1855.

OBSERVATIONS pour servir à l'histoire d'une variété d'hémorrhagie utérine post-puerpérale excessivement rare et par conséquent encore peu connue, par le docteur AUBINAIS, *Président du Jury de médecine de la Loire-Inférieure.*

J'ai fait des recherches dans les Traités *ex-professo* les plus complets sur les hémorrhagies utérines tels que ceux de Rigby et de Mme Lachapelle ; dans les ouvrages sur les accouchements les plus modernes, entre autres ceux de MM. les professeurs Moreau et Velpeau : j'ai cherché dans les collections de journaux de médecine de nos jours si je pourrais m'éclairer sur la variété d'hémorrhagie post-puerpérale qui paraît étroitement liée au travail de la lactation, et dont M. le professeur Négrier cite deux exemples, et j'avoue que je n'ai à peu près rien trouvé; cependant, cette

forme d'hémorrhagie, que l'on a vue assez grave pour mettre la vie de la femme en danger, mérite d'être soigneusement étudiée : aussi, comme le devoir du médecin qui écrit est d'ajouter le plus qu'il peut à ce qui a été regardé comme bon avant lui, je mettrai sous les yeux du lecteur les deux observations que M. Négrier a insérées dans *ses Curieuses recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus*, et je ferai suivre ces observations de deux faits extraits de ma pratique, dans le but de laisser croire, ainsi que le pense le professeur de l'Ecole préparatoire de Médecine d'Angers, que l'on doit attribuer ces hémorrhagies *sui generis* aux étroites corrélations qui existent entre les organes mammaires, l'utérus et les ovaires.

Observations extraites textuellement de l'ouvrage de M. Négrier.

Ire Observation.

Insertion normale du placenta. — Accouchement spontané. — Hémorrhagie latente grave après la délivrance. — — Deuxième hémorrhagie provoquée par la succion du mamelon onze jours après la parturition.

Mme G....., 24 ans, de très-grande taille, ayant peu d'énergie morale et physique, devint grosse en 1833. Cette dame, pendant les trois premiers mois de la gestation, ressentit une tension fort incommode qu'elle rapportait au centre du bassin. Au cinquième mois, cette sensation devint douloureuse et fit naître de l'inquiétude. La malade ne permit pas le toucher. Une saignée donna quelque soulagement et fit cesser un assoupissement journalier.

Je vis la malade, pour la première fois, au huitième mois de la grossesse. A ce moment, la sensation douloureuse dans le bassin étant revenue plus forte que jamais, je crus devoir en rapporter le siége vers les ligaments larges tiraillés. La constipation était habituelle. Je ne pus

obtenir le toucher vaginal, pas même le palper de l'abdomen. Je pratiquai une saignée, prescrivis la situation horizontale. Ces moyens rendirent la situation meilleure.

L'accouchement eût lieu le 7 mars ; il fut prompt et exempt d'accidents. Le placenta fut *expulsé* jusque dans le vagin et extrait sans peine.

De gros caillots de sang suivirent la sortie de l'arrière-faix ; l'utérus se contracta bien. Quelque temps après (20 minutes), la malade se plaignit de faiblesses, de tintements d'oreilles. L'utérus s'était laissé distendre par du sang. J'introduisis la main dans l'organe et remarquai le resserrement de l'orifice supérieur. Les caillots furent extraits et la main laissée dans le col et au-delà, jusqu'à la contraction suffisante du fond de l'organe.

La malade, bien qu'affaiblie, voulut allaiter, ce qu'elle fit dès le lendemain de son accouchement. Le quatrième jour, les seins se gonflèrent, l'enfant put obtenir du lait trois fois dans ce jour. *La succion des mamelons* développa à chaque fois de véritables douleurs à l'hypogastre ; les lochies étaient sensiblement augmentées pendant la lactation.

L'allaitement, pendant les jours suivants, ne fut permis que deux fois par 24 heures, tant à cause des douleurs utérines, que pour l'état de faiblesse générale. *A chaque succion*, les douleurs se renouvelèrent avec une sensation de gonflement dans tout le bassin.

Le onzième jour, *pendant que l'enfant tétait*, il se manifesta tout à coup une hémorrhagie utérine *considérable*, vu l'état de faiblesse de la malade : la perte de sang fut estimée à 560 grammes. Un long évanouissement suivit cet accident qui ne fut combattu que par des aspersions froides sur l'hypogastre.

La convalescence fut longue et difficile. La malade souffrit longtemps d'une céphalalgie rebelle qui la privait de tout sommeil : elle craignait même cet état de repos, car il était accompagné de rêves affreux et bientôt d'un réveil en sursaut : le pouls resta longtemps d'une grande rapidité.

RÉFLEXIONS.

Ce fait, en outre de l'hémorrhagie puerpérale, pour lequel je l'ai rapporté, offre deux circonstances remarquables. La première est la douleur utérine affectant le segment inférieur de l'organe, douleur que j'attribue à la compression des parois de la matrice dans l'excavation. Je m'attachai à cette idée, après avoir constaté les trois grandes dimensions du bassin : cette largeur influa, plus tard, sur la promptitude du travail et sur l'hémorrhagie.

La seconde circonstance est le fait d'irritation sympathique simultanée de l'utérus et sans doute des ovaires à l'occasion de la succion des mamelons. On a signalé bien des fois de ces corrélations génitales dans de telles circonstances, mais pas, que je sache, d'une manière aussi patente.

Je supposai que la perte sanguine était devenue une véritable hémorrhagie sous l'influence d'un retour de la fonction ovarique hâtée par l'agacement du mamelon. Jusqu'à la rupture d'une vésicule ovarienne les titillations des seins n'avaient produit que des contractions utérines et le dégorgement plus marqué des parois; mais ce fut une véritable hémorrhagie quand la fonction de l'ovaire vint congestionner un organe mou dont les vaisseaux étaient presque béants encore. Il serait difficile d'expliquer autrement un accident semblable onze jours après la parturition, quand, à cette époque, le sang lochial est presque complétement expulsé du tissu de l'utérus.

Le fait qui va suivre corroborrera les explications *hypothétiques sans doute* que je viens d'émettre, mais qui sont d'une grande vraisemblance.

IIe Observation.

Hémorrhagie utérine causée par l'allaitement un mois après l'accouchement.

La femme B..., 32 ans, chairs molles et étiolées, était accouchée heureusement, pour la quatrième fois, le 20

février 1841; son accouchement n'avait offert de remarquable qu'une perte de sang assez forte au moment de la délivrance.

Un mois après, pendant qu'elle donnait à téter, fonction qui *l'agaçait toujours beaucoup,* dit-elle, la malade fut prise d'une hémorrhagie violente, pour laquelle je fus *obligé de tamponner exactement le vagin.*

Le même accident se renouvela, en apparence, sous l'influence de la même cause, douze jours plus tard. La pauvre femme fut tellement affaiblie de ces pertes de sang que, non-seulement elle ne put continuer son allaitement, mais encore qu'elle ne reprit ses forces que plusieurs mois après.

RÉFLEXIONS.

Je crois encore reconnaître, dans ce fait, une influence immédiate de la fonction ovarique sur la première des hémorrhagies utérines; aucune autre cause sévèrement examinée n'en peut rendre raison. Quant à la deuxième perte, qui fut peu considérable, elle serait le résultat d'un degorgement utérin sollicité sympathiquement par les agacements des mamelons, l'organe étant resté congestionné par du sang appauvri et d'une grande fluidité.

Maintenant que j'ai cru, dans l'intérêt du sujet que je traite, devoir rapporter tout au long et textuellement les deux observations et les courtes réflexions qu'elles ont suggérées à M. Négrier, je passe aux deux faits dont j'ai été témoin et qui offrent une grande analogie avec ceux observés par l'accoucheur distingué d'Angers.

Ire Observation.

Bassin à larges dimensions. — Accouchement très-prompt. — Inertie du fond de l'utérus. — Spasme de l'orifice supérieur. — Perte interne considérable. — Fouille de la cavité utérine. — Compression extérieure de la matrice à l'aide d'une sangle. — Suspension de la perte. Renouvellement brusque de celle-ci le septième jour, au

moment même de la succion fort douloureuse d'un mamelon atteint de gerçures. — Aspersions insuffisantes d'eau froide sur le ventre et les cuisses. — Tamponnement du col utérin et du vagin. — Compression extérieure du globe utérin, suivant le procédé de Millot, de Dijon. — Cessation de l'allaitement. — Rétablissement très-lent.

Une femme âgée de 20 ans, chairs étiolées, accouche au bout d'une heure de douleurs qui n'offrent entre elles presque pas d'interruption. Une légère perte suit l'extraction du délivre : cette perte cède à des aspersions froides sur l'hypogastre et au massage utérin. L'enfant est mis en nourrice.

Un an après, la femme a un accouchement tellement prompt que, bien que voisin de son domicile, je ne puis arriver à elle qu'alors que l'enfant a franchi la vulve. Le cordon est court et la violence des contractions a entraîné dans le vagin le placenta. L'utérus est mollasse; il ne se contracte pas vers son tiers postérieur, bien que le col interne paraisse fortement resserré : aussi une assez grande quantité de sang s'accumule derrière ce resserrement du col et exige la fouille de la cavité utérine : 500 grammes environ de sang coagulé sont extraits et la main reste à demeure dans l'utérus jusqu'à ce que l'inertie paraisse vaincue : toutefois, par excès de précautions sans doute, l'utérus est comprimé extérieurement, pendant douze heures, par la ceinture de Millot.

La femme qui a perdu son premier enfant en nourrice, veut absolument allaiter celui-ci. La sécrétion laiteuse s'établit difficilement, et l'enfant, avide de téter, exerce une succion fort douloureuse. Bientôt la succion devient d'autant plus douloureuse que le mamelon est ulcéré. Chaque fois que l'enfant prend le mamelon atteint de gerçures, la femme est en proie à des spasmes qui retentissent sur l'utérus : alors les lochies coulent plus abondamment. Le septième jour après l'accouchement, au moment où la succion du mamelon est encore, cette fois,

plus douloureuse que de coutume, la femme est mouillée par du sang qui continue à s'écouler avec une telle force par la vulve, que, dans moins d'un quart d'heure, tout le linge du lit est imbibé. Le sentiment d'une défaillance prochaine fait qu'on ouvre les deux fenêtres de la chambre et qu'on fait respirer du vinaigre; mais dans quelques instants survient un évanouissement, et lorsque j'arrive, mon premier soin est de faire des aspersions d'eau froide sur le ventre et les cuisses. La tête, qui est dans une position élevée, est placée dans une position déclive. Un sang noirâtre s'écoule en nappe par la vulve. N'ayant pas de seigle ergoté à ma disposition et l'hémorrhagie continuant en dépit des aspersions et du massage de la région hypogastrique, le col utérin et le vagin sont solidement tamponnés, tandis que des compresses superposées en forme conique tiennent précipité à l'aide d'une sangle en ceinture le globe utérin dans le petit bassin.

Au bout de 24 heures, le tampon qui est devenu douloureux est enlevé: la femme peut uriner. L'allaitement est supprimé, et, bien que les soins hygiéniques les mieux entendus soient donnés, la santé revient si lentement que ce n'est qu'après trois mois que les occupations ordinaires peuvent être reprises. La femme n'a pas eu d'autre enfant.

IIe. Observation.

Femme primipare, âgée de 22 ans. — Constitution éminemment lympathique. — Leucorrhée constitutionnelle. — Chlorose. — Bassin large. — Accouchement au bout de deux heures de douleurs soutenues. — Inertie complète de l'utérus après une délivrance rendue prompte, un cordon court et enroulé autour du cou ayant entraîné l'arrière-faix dans le vagin au momont de l'expulsion de l'enfant. — Perte abondante. — Aspersions d'eau froide. — Seigle ergoté. — Massage de l'utérus au travers de la région hypogastrique. — Fouille de l'utérus. — Cessation de l'hémorrhagie. — Faiblesse grande. — Secrétion laiteuse lente devenue assez abondante vers le douzième jour.

— Ecoulement lochial abondant *pendant la succion toujours fort agaçante des mamelons. — Sensation pendant cette succion d'une douleur sourde et de la nature d'une tranchée du côté du petit bassin. — La face hypogastrique de l'utérus, palpée dans ce moment, laisse reconnaître une contraction. — Pendant cet état de turgescence et d'éréthisme de l'utérus, les lochies coulent en abondance.*

Le toucher vaginal, pratiqué avec précaution, n'apprend rien autre chose qu'un prolapsus dans le vagin du col utérin. L'orifice inférieur du col ne permettrait pas l'introduction du doigt index sans forcer le col.

Le quatorzième jour après l'accouchement, la femme donnait le sein : elle était fort agacée par la succion douloureuse du mamelon lorsqu'elle ressentit tout à coup des tranchées qui la forçaient à pousser en bas. Il ne s'échappa aucun caillot de sang, non plus qu'aucun débris placentaire, mais bien du sang en abondance, comme si elle eût été au fort d'une époque menstruelle.

Le sang continua à couler et d'une manière si rapide que bientôt la femme, éprouvant le sentiment d'une défaillance, me fit appeler.

Lorsque j'arrivai à elle, elle venait d'éprouver une syncope, le sang s'échappait toujours avec force. L'ouverture des fenêtres, afin de ventiler la chambre, des aspersions d'eau froide vinaigrée sur le ventre et les cuisses, des frictions de l'utérus au travers des téguments de la région hypogastrique ne maîtrisant pas la perte, je fus forcé d'en venir au tamponnement du col utérin et du vagin en y joignant une compression méthodique de l'utérus à l'aide de compresses graduées et d'une ceinture, suivant, en cela, les conseils donnés par Alphonse Leroi, Millot, etc. Le tampon arrêta la perte, et, bien que l'utérus parût être, lors de son application, dans un état d'orgasme qui eût pu faire redouter, plus tard, une métrite, rien ne vînt confirmer cette crainte. Le tampon fut enlevé au bout de douze heures, parce que sa présence commençait à ne pouvoir plus être supportée, et aucune hémorrhagie inquiétante ne suivit. La femme cessa d'allai-

ter; elle perdit, pendant quelques jours, une sérosité sanguinolente, et aucun accident ne vint contrarier une convalescence qui fut pourtant de longue durée, mais qui s'expliquait facilement par la faiblesse, résultat de l'hémorrhagie.

RÉFLEXIONS.

Voici quatre observations dont l'analogie est frappante et dont on peut tirer d'utiles enseignements. Quatre femmes éprouvent des pertes par suite de l'inertie de l'utérus, rien de plus commun; mais, ce qui est excessivement rare, c'est que, chez ces mêmes femmes, l'on voit ces pertes récidiver, chez l'une, le septième jour; chez une autre, le onzième jour; chez une autre, le quatorzième jour; enfin, chez une autre, au bout d'un mois après l'accouchement, et cette récidive coïncide tellement avec la succion agaçante douloureuse du mamelon que l'on est forcé de reconnaître que l'utérus a été sympathiquement sollicité a l'hémorrhagie.

Les corrélations intimes des organes mammaires et des organes génitaux constituent un fait physiologique qui a non-seulement frappé, dans tous les temps et dans tous les pays, les médecins, mais qui était connu dans les maisons de débauche de l'antiquité païenne. Au dire de plusieurs écrivains, les courtisannes de la Grèce se procuraient l'avortement par les baisers lascifs de leurs amants, par la titillation du clitoris, même du col utérin, en même temps que par la succion érotique des mamelons. Il est vrai que ces attouchements obscènes, au dire des mêmes écrivains, ne déterminaient que rarement l'avortement. Il y avait d'autres moyens qui, malheureusement, ne sont employés encore que trop fréquemment aujourd'hui, que l'autorité païenne tolérait, à ce qu'il paraît, dans les lupanares de la Grèce, puisqu'on écrivait publiquement sur les murs de ces lieux de débauche : « *Ici l'on procure l'avortement.* »

Hippocrate avait étudié les sympathies qui existent entre les fonctions des organes mammaires et celles des

organes de la reproduction. Ce serait, toutefois, se montrer bien peu physiologiste que de vouloir généraliser l'aphorisme.

« *Mulieri menstrua si velis cohibere, cucurbitam quàm maximam ad mammas appone.* » (Sect. 5, aph. 50.)

Il n'y a point en thérapeutique de principe absolu, de règle générale, et ce serait manquer de philosophie médicale que d'examiner les faits toujours à travers le même prisme. Il y a assurément une vérité dans cet aphorisme du père de la médecine : le tout est de bien comprendre les tempéraments, les idiosyncrasies individuelles; en un mot, de bien saisir les indications qui permettent de tirer profit de cette vérité; car, si on voulait généraliser, pour tous les cas, l'emploi de très-larges ventouses aux mamelles dans le but de ralentir, diminuer, supprimer les menstrues exhubérantes, on s'exposerait à de nombreux mécomptes. En turgescent les organes mammaires par l'appel des fluides, les vastes ventouses détermineraient souvent un éréthisme nerveux qui retentirait sur les ovaires, l'utérus, et produirait l'effet opposé à celui que l'on se proposerait. C'est ce qu'apprend l'expérience conforme en cela à la saine physiologie.

Quant aux *recherches* de M. Négrier, sur les *ovaires humains*, ouvrage dans lequel ce professeur cherche à démontrer la subordination de l'utérus dans la fonction de la menstruation, il y a là des vues ingénieuses dont quelques physiologistes, quoique M. Négrier dise le contraire, ont contesté l'exactitude; mais c'est à ces vues, j'aime à le reconnaître, qu'est dû l'élan donné à la science sur ce point de physiologie.

M. Négrier a écrit « que chaque époque menstruelle était *la conséquence du développement de la séparation et de l'écoulement d'un œuf provenant de la vésicule* de Degraaf; *que cet œuf portant un germe vivant et non fécondé, est saisi par la trompe et presque toujours conduit par elle jusque dans la cavité de l'utérus*, etc., etc. » Dans ce système, il subordonne entièrement la fonction de l'utérus à la fonction des ovaires. Ce n'est pas ici le lieu

de faire connaître les opinions des auteurs qui ont critiqué ce système. Qu'il me suffise de déclarer que, sans entrer dans le cœur de la question, je me range volontiers à l'opinion du professeur Négrier, au sujet du retentissement que l'excitation des organes mammaires par la succion des mamelons, a sur les ovaires et sur l'utérus, surtout à l'époque mensuelle de l'allaitement qui répond à chaque époque menstruelle avant l'allaitement. Il y a des nourrices qui ont fait une étude particulière d'elles-mêmes, et qui m'ont assuré qu'elles étaient parfaitement averties par des douleurs de reins et dans le bassin, que l'époque du mois à laquelle elles se trouvaient répondait à l'époque mensuelle de leurs règles. Les douleurs qu'éprouvent les femmes avant et pendant le flux menstruel sont assez caractéristiques, pour qu'aucune femme ne se méprenne sur la nature de ces douleurs. Il y a à remarquer que tous les accoucheurs ont signalé cette manifestation de l'époque menstruelle pendant tout le temps de la gestation, manifestation qui se renouvelle d'une manière latente chaque mois. Il est vraisemblable que la nature qui ne saurait se soustraire entièrement aux lois qu'elle s'est imposées réveille, du côté des ovaires, du côté de l'utérus, pendant la gestation et pendant l'allaitement, un certain orgasme, bien que les fonctions de l'ovaire et de l'utérus, c'est-à-dire la menstruation, soient alors suspendues. C'est vraisemblablement aussi à l'excitation des mamelles par la succion qu'est dû l'éréthisme ovarique et utérin qui détermine, dans les premiers temps de l'allaitement, chez les femmes douées d'une constitution nerveuse, irritable, *le molimen hémorrhagique* auquel se rattachent les quatre observations citées ci-dessus. — Quand on songe, en effet, à l'ébranlement du système nerveux que cause, chez certaines femmes, la succion avide du mamelon par des nourrissons très-vivaces, à la douleur quelquefois poignante que détermine cette succion lorsque le bout du sein est escorié : quand on joint à cet état la susceptibilité nerveuse, résultat des pertes auxquelles, comme dans les observations précédentes, ces femmes ont été soumises;

quand on tient compte de la laxité de la spongiosité du tissu utérin à la suite des pertes post-puerpérales par inertie, on conçoit qu'une hémorrhagie par exsudation puisse se réveiller sous l'action sympathique des organes mammaires, alors surtout que l'époque du mois correspond à l'époque *de la fonction ovarique*, pour toujours raisonner au point de vue du système de M. Négrier. Mais on objectera : « Toutes les femmes qui allaitent sont soumises à l'influence de la fonction ovarique, bien que cette influence soit latente ; plusieurs d'entre elles ne donnent le sein qu'avec douleur, car les gerçures des mamelons sont chose commune ; comment se fait-il donc que l'hémorrhagie que vous rattachez à la succion douloureuse du mamelon et au retentissement de cette douleur sur l'utérus, surtout pendant la fonction ovarique, soit un fait si rare ? N'est-il pas présumable plutôt que la titillation, la succion du mamelon même la plus douloureuse, ainsi que la fonction mensuelle des ovaires, fonction très-contestable au point de vue de l'interprétation que vous en faites, restent étrangères à la production de ces rares hémorrhagies, et qu'il convient de ranger ces hémorrhagies parmi celles appelées lochiales par les auteurs, hémorrhagies qui, comme chacun le sait, tiennent à différentes causes et qui sont, le plus ordinairement, liées, suivant M. Jacquemier, à l'action de se lever, de marcher ou à quelques autres écarts dans le régime que les femmes se permettent souvent après la fièvre de lait ? Ce flux immodéré des lochies peut aussi dépendre de causes particulières. Ainsi, M. le professeur Moreau cite deux cas de pertes abondantes survenues huit à dix jours après l'accouchement et qu'il attribue à des matières fécales tellement endurcies qu'il fallût une curette pour débarrasser le rectum. Et puis, il faut bien en convenir, si la cause de ces hémorrhagies passe souvent inaperçue, c'est que l'on recherche cette cause avec trop peu de soin. Ces hémorrhagies tardives tiennent, comme beaucoup d'autres hémorrhagies puerpérales, à des causes diverses : tantôt, c'est un caillot de sang retenu par l'orifice supérieur du col qui devient une

cause d'irritation du tissu utérin, et celui-ci se dégorge d'une grande quantité de sang au moment où des contractions viennent à expulser ce caillot; tantôt, c'est une petite portion de placenta qui n'a pas été extraite, retenue qu'elle était par une adhérence, et ce corps étranger renouvelle, par suite de l'irritation du tissu utérin, une hémorrhagie, etc. »

On convient que ces objections et beaucoup d'autres que l'on pourrait faire sont fondées; mais on peut cependant répondre à toutes ces objections d'une manière victorieuse, en disant que, lorsque l'on a reconnu une cause à une hémorrhagie, on cite cette cause, et que c'est justement parce que, dans les deux cas d'hémorrhagie post-puerpérale pendant l'allaitement, rapportés par M. Négrier, et dans les deux observations qui me sont propres, il a paru impossible de rattacher ces hémorrhagies à d'autres causes qu'aux corrélations qui sont naturelles entre les organes mammaires et les organes de la reproduction et à l'influence de la fonction ovarique que l'on a rapporté cette variété d'hémorrhagie à ces dernière causes. J'observerai que si ces hémorrhagies sont d'une si excessive rareté, c'est que, pour qu'elles se produisent, il faut un ensemble de causes, un enchaînement de faits qui ne sont heureusement pas communs. Il faut d'abord qu'il y ait eu hémorrhagie au moment de la délivrance par suite d'inertie de l'utérus; il faut que, quels que soient les moyens employés pour triompher de cette perte, que l'utérus soit resté dans un état de mollesse qui laisse craindre le retour de l'hémorrhagie; il faut que la succion du sein devienne assez douloureuse pour ébranler le système nerveux et pour réagir sur l'utérus; il faut, avant tout, que la femme soit d'une constitution irritable, et que cette irritabilité soit accrue par la faiblesse qui suit les pertes puerpérales. Du reste, que ces explications paraissent plausibles ou qu'elles laissent à désirer, il vaut mieux les risquer que de rester sous ce doute philosophique qui nous porte souvent à nier la vérité.

Que cette variété d'hémorrhagie se rattache à telle ou

telle cause, le traitement reste le même : il consiste à réprimer par des moyens que l'expérience a sanctionnés, la perte de sang sans trop de retard ; car toute temporisation deviendrait d'autant plus nuisible, que déjà la femme est arrivée, par suite de le perte qu'elle a subie immédiatement après la délivrance, par des lochies abondantes, par l'allaitement à un degré de débilité des forces qui ne permet plus la privation du sang.

Quand l'hémorrhagie est modérée, elle cède, le plus souvent, à des moyens simples et à la portée de tout le monde : les aspersions d'eau froide sur le ventre et les cuisses, le massage utérin au travers des parois hypogastriques, le seigle ergoté, les boissons froides acidulées et légèrement astringentes, etc. — Il est, toutefois, à remarquer que l'expérience a prouvé que le seigle ergoté agit faiblement sur l'utérus, lorsque les forces sont épuisées par des pertes successives, aussi doit-on peu compter, dans ce cas, sur ce moyen hémostatique.

Si l'hémorrhagie persiste, il reste un moyen mécanique d'une grande puissance et qui réussit presque toujours, je veux parler du tamponnement du col utérin et du vagin, en joignant à ce moyen la compression extérieure du globe utérin. Je sais que quelques accoucheurs ont cherché à trop généraliser l'emploi du tampon ; mais si jamais il est rationnel d'y recourir, c'est assurément dans la variété d'hémorrhagie dont il vient d'être parlé. Ici, la titillation du col utérin, le massage hypogastrique de l'utérus ne réussissent pas à déterminer des contractions utérines par la raison que, à cette distance de l'accouchement, le retrait des parois utérines s'est effectué, et, à ce sujet, il est bon de consulter les curieuses recherches de M. Négrier. On doit, en effet, savoir gré à ce professeur d'avoir, par un toucher soigneux et persévérant, cherché à apprécier le retrait gradué du tissu utérin pendant les quinze jours qui suivent l'accouchement. On connaît aujourd'hui la marche du retour des parois utérines à leur état naturel. Ces études, d'une difficile exécution et qui ne pourraient pas être suivies dans la pratique civile, ont fourni des

résultats qu'il importe de connaître. Le tamponnement du col utérin et du vagin s'opposant à l'écoulement du sang par la vulve, il n'y a pas à redouter, ordinairement du moins, la transformation d'une perte externe en perte interne, parce qu'à cette distance de l'accouchement les parois de l'utérus sont assez revenues sur elles-mêmes pour ne pas se laisser distendre par l'accumulation du sang. Si cependant la force de contractilité paraissait vaincue par le sang, il faudrait ajouter au tamponnement la compression extérieure de l'utérus, après avoir préalablement vidé la vessie. C'est ainsi que se comportaient Alphonse Leroi, Leroux, de Dijon, Chaussier, etc.

Inutile de dire que ces accidents étant en partie imputés à la succion douloureuse du mamelon, il convient d'autant plus de cesser l'allaitement, qu'après des pertes successives, la femme se trouve réduite à un état de faiblesse qui ne lui permet plus de nourrir.

CONCLUSIONS.

Des recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré, il appert que les cas d'hémorrhagie de la nature de ceux qui viennent d'être signalés son excessivement rares, et que ces cas sont rangés par les auteurs parmi ceux d'hémorrhagies lochiales.

Avant M. Négrier, aucun médecin, que je sache, n'a rattaché ces hémorrhagies à la succion douloureuse du mamelon et aux corrélations qui existent entre les organes mammaires et les organes génitaux. Quant à l'action de la fonction ovarique sur la production de ces hémorrhagies, ce système appartient exclusivement au professeur d'accouchements de l'Ecole d'Angers.

Nantes, 1er septembre 1855.

NOTE *sur l'étiologie des parotides symptomatiques ou parotidites, par* M. TRASTOUR, D.-M, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

> Un mal est toujours un mal, bien qu'il n'aille pas jusqu'à rendre mortelle l'affection dont il dépend.
>
> (ROCHOUX, Diction. en 30 vol., art. *Parotides.*)

Les parotides symptomatiques sont, chacun le sait, bien distinctes des parotides idiopathiques ou oreillons, et sont surtout observées dans les maladies typhoïdes et pestilentielles, dont elles sont regardées comme une des complications les plus caractéristiques. On les voit survenir aussi, mais plus rarement, dans des affections aiguës ou chroniques, qui ne présentent aucun signe de cette altération des humeurs que les anciens désignaient par les expressions de *putridité* ou de *malignité*.

Si, dans le premier cas, l'esprit trouve dans la nature spéciale de la maladie, une explication assez satisfaisante de ce symptôme singulier, il n'en est plus ainsi dans le second, et, quand on y réfléchit, on ne peut se défendre d'un certain étonnement, en présence d'un phénomène qui ne paraît avoir, au premier abord, aucune relation avec l'affection principale. De là vient que les idées de crise, de manifestation critique, dont les anciens étaient si prodigues et dont les modernes sont peut-être trop avares, se sont perpétuées et conservées jusqu'à nous, à l'égard des parotides.

En effet, les auteurs les plus récents les divisent encore en *critiques* et *acritiques*. Il faut bien le dire pourtant, cette

distinction supporte difficilement l'examen et ne semble fondée sur aucun signe sérieux; c'est seulement d'après l'issue heureuse ou funeste que l'on prononce sur la nature critique ou non critique de cette complication. Alors, à quoi sert cette division?

Il est, en clinique, une foule de faits qui seraient également, pour nous, le sujet d'un profond étonnement, si les lumières, puisées par la pathologie dans les recherches anatomiques et dans une saine physiologie, n'eussent dissipé les ténèbres qui les environnaient. Les adénites de la racine des membres par suite de lésions, situées aux extrémités; les ophthalmies, liées à une inflammation du nez ou des narrines; les orchites, les cystites dépendant de phlegmasies urétrales; les catarrhes et les abcès des reins, amenés par des maladies des parties inférieures des voies urinaires, tous ces phénomènes s'expliquent, pour nous, de la manière la plus simple et la plus claire. La loi de la propagation de l'inflammation à la surface des muqueuses, a l'intérieur des conduits et des vaisseaux, nous met sous les yeux la relation directe et positive qui existe entre des phlegmasies se manifestant successivement sur des points si différents et si éloignés.

La physiologie nous a prêté de même un utile secours pour nous rendre compte de phénomènes moins élémentaires restés, jusqu'à ces derniers temps, entourés d'obscurité. Les abcès du foie, par exemple, si communs dans les pays chauds, ont enfin reçu une explication satisfaisante. En effet, nos médecins militaires, en Algérie, ayant établi que l'hépatite, très-rarement primitive, vient, le plus ordinairement, à la suite des affections intestinales et surtout dans le cours de la dysenterie, on ne peut hésiter à admettre ou que l'inflammation se propage, par voie de continuité, de l'intestin dans le conduit cholédoque jusqu'à la glande hépatique, ou que les produits morbides, puisés dans les intestins, enflammés et ulcérés, par les veines mésaraïques et conduits par elles au foie, irritent cet organe par leur contact et y déterminent l'inflammation et la suppuration.

Ainsi se simplifient et s'éclaircissent peu à peu quelques-uns des problêmes, trop nombreux encore, que nous offre la pathogénie. Tous ces faits, conquis à l'aide de la physiologie pathologique, cette science nouvelle qui marche et grandit à la suite de la physiologie normale, son aînée, doivent nous encourager à chercher l'origine et le mode de développement des complications bizarres qui surgissent dans les maladies et dont nous n'avons pu nous rendre encore un compte suffisant.

L'observation de l'état normal nous montre chaque organe recevant les matériaux nécessaires à l'entretien de sa vie propre et à l'exercice de ses fonctions, par des voies constantes et régulières; la physiologie pathologique doit chercher de même, si les maladies n'arrivent pas, en général, aux organes par des voies uniformes et déterminées et s'efforcer de saisir le point de départ, la source du mal, afin de le prévenir ou de l'éteindre dès son origine.

Voyons donc si nous ne pourrions pas arriver à pénétrer le mystère dans lequel le développement des parotides symptomatiques est encore plongé.

Les observations qui forment la base de ce travail, et dont je ne donnerai que les détails relatifs à notre sujet, me semblent de nature à prouver que l'inflammation des parotides qui vient compliquer un certain nombre de maladies, a souvent, pour point de départ, une cause locale, une inflammation de la muqueuse buccale qui se propage par l'ouverture du conduit de Sténon, jusqu'à la glande elle-même. Voilà pourquoi je rappelais tout à l'heure des faits pathologiques du même ordre qui sont acceptés, sans contestation, dans la science, et qui peuvent être vérifiés tous les jours.

Cette inflammation buccale est tantôt simple, tantôt accompagnée d'une sécrétion particulière, du muguet par exemple; je pense que toute inflammation, de quelque nature qu'elle soit, peut avoir le même effet; mais, dans le petit nombre de faits que j'ai rassemblés, c'est le muguet qui a surtout été rencontré (3 fois sur 4).

L'explication que je propose et dont je dois la première idée, je me hâte de le proclamer, à un anatomo-patholo-

giste très-renommé, à mon honorable maître, M. Barth (1), n'a pas la prétention d'être exclusive. Les parotides se montrant particulièrement dans une certaine classe de maladies, les maladies putrides et pestilentielles, j'admets volontiers, pour elles, une cause prédisposante, une influence générale de nature spéciale. Mais, même dans ces cas, je crois qu'il sera bon de rechercher s'il n'y a pas une cause occasionnelle, une influence locale qui provoque l'éruption de cette phlegmasie singulière; et, d'un autre côté, lorsque la maladie principale n'aura aucun caractère de malignité ou de putridité, j'espère qu'on pourra se contenter des causes locales, si on parvient à les constater, sans faire intervenir des principes occultes et insaisissables.

On envisagera ainsi, il me semble, cette complication à un point de vue plus simple et plus vrai; on sera moins disposé à lui attribuer, dans les cas heureux, une influence salutaire qu'elle ne possède sans doute pas; on accueillera plutôt la pensée émise à ce propos par Rochoux : un mal est toujours un mal, bien qu'il n'aille pas jusqu'à rendre mortelle l'affection dont il dépend.

J'ai recueilli le premier fait qui m'a mis sur la voie de cette explication à l'hôpital Beaujon, en 1853.

Observation Ire. — Au n° 36 de la salle Sainte-Marthe entra, le 1er février, une femme Laurence, âgée de 34 ans, déjà malade depuis 15 jours, et chez laquelle se développèrent bientôt tous les symptômes caractéristiques d'une fièvre typhoïde (stupeur, céphalalgie, insomnie, épistaxis, toux, dévoiement, ballonnement du ventre, sécheresse de la langue, fuliginosités des dents, taches rosées assez nombreuses, etc.).

La maladie suivit sa marche ordinaire avec une moyenne intensité, le pouls variant de 84 à 100 pulsations par minute, jusqu'au 15 février. Seulement, dès le 9, des vomissements, symptôme assez rare dans la fièvre typhoïde, étaient survenus; la malade rejeta d'abord de la bile, puis, les jours suivants, vomit ses tisanes; sitôt qu'elle

(1) M. le professeur Piorry, dans son Traité de médecine pratique, a aussi donné cette explication des parotidites.

avalait des liquides, elle les rendait; mais si on la laissait tranquille, sans lui présenter à boire, elle ne vomissait pas. Le dévoiement continuait, la stupeur était très-profonde, et l'hébétude si grande que la malade pleurait quelquefois sans raison. Jusque là le traitement avait consisté en tisanes de limonade et de gomme, eau de Seltz, juleps diacodés, cataplasmes sur le ventre. Un seul jour, le 10, 2 grammes de diascordium furent administrés et vomis.

Le 15, à la visite du matin, on fut assez surpris de trouver les deux régions parotidiennes très-gonflées, très-tendues, surtout du côté gauche, très-douloureuses et d'une ferme consistance à la pression. Le pouls n'était qu'à 92; la chaleur modérée. La malade avait plus de connaissance que la veille; la douleur diminuait sa stupeur; elle se plaignait continuellement; elle avait encore vomi dans la nuit, époque du développement spontané des parotides. En cherchant à examiner ces tumeurs par l'intérieur de la bouche, on vit une exsudation blanchâtre, crémeuse, caractéristique du muguet, sur la lèvre inférieure et les gencives. On ne s'en était pas aperçu jusque-là, mais on n'avait pas, il est vrai, porté son attention de ce côté.

10 sangsues à la base de la parotide gauche.

Le 16, les sangsues ont bien pris et fait couler beaucoup de sang; la tumeur du côté gauche a diminué, mais la droite a augmenté. La douleur est très-vive. A la région sous-maxillaire, il y a aussi du gonflement et de la sensibilité. Sur tous les points de la muqueuse buccale qu'on peut voir, le muguet est très-intense. Il n'y a pas eu de vomissement; 3 selles assez abondantes, pouls très-petit, à 112.

Onctions mercurielles; garg. au borax.

Le 17, la faiblesse faisait des progrès; le pouls était à 124; les deux parotides, gonflées à peu près uniformément, gardaient l'empreinte du doigt, offraient un peu de rougeur, mais pas encore de fluctuation. Le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré sous la mâchoire inférieure, mais la peau y conservait une couleur d'un blanc mat.

Bagnols, 100 gram.; plus, le traitement de la veille.

Le 18, le gonflement des parotides diminuait, les glandes se dessinaient, le tissu cellulaire sous-cutané n'était plus distendu, mais le pouls très-petit, à 124, le dévoiement abondant, la faiblesse qui augmentait, laissaient peu d'espoir. La mort arriva le 19, à 7 heures du matin. — Autopsie, 26 heures après la mort. — La cavité buccale tout entière est recouverte d'une couche fibrineuse blanche ou lie de vin en raison du Bagnols ingéré, de consistance molle, mais formant cependant des plaques assez étendues, faciles à détacher de la muqueuse, qui paraît légèrement injectée.

Dans l'arrière-gorge, cette concrétion recouvre toute la surface pharyngienne, les amygdales, la face antérieure de l'épiglotte, la base de la langue; mais la muqueuse des voies aériennes n'en présente aucune trace, et sa coloration est infiniment plus pâle.

Dans l'œsophage, on voit de longues lamelles fibrineuses couvrant toute la surface muqueuse et s'en détachant très-facilement sous un filet d'eau ou par le râclage. Elles cessent brusquement au cardia, au niveau du changement d'épithélium. Elles sont colorées en jaune par suite du passage d'un liquide biliaire dont il existe encore deux ou trois onces dans l'estomac.

Dans le cinquième inférieur de l'intestin grêle, il y a une très-grande quantité d'ulcérations noirâtres, sur des plaques ou des follicules, la plupart en voie de cicatrisation.

Dans tout le gros intestin, on retrouve une couche fibrineuse, d'un blanc grisâtre, chagrinée, continue et d'une seule pièce, analogue à celle de la partie supérieure des voies digestives. Seulement, elle est plus grumeleuse à sa surface, plus adhérente à la muqueuse dont la vascularité est aussi plus prononcée, sans ramollissement cependant.

Rien de semblable sur les muqueuses vaginale, utérine, urétrale et vésicale.

Je passe sous silence un engorgement d'une partie du

poumon gauche, une adhérence complète du péricarde au cœur, et j'arrive à l'examen des parotides.

Ces glandes sont enlevées avec les canaux de Sténon et la partie de la muqueuse buccale sur laquelle ils s'ouvrent. Celle-ci est recouverte de larges plaques fibrineuses, mais non injectée. Du pus sort de l'ouverture du conduit de Sténon à la pression de la glande.

La parotide droite est doublée de volume; la gauche est encore plus grosse.

On incise d'abord le conduit de la parotide droite jusqu'à ses principales ramifications inclusivement; on trouve partout du pus. Le tissu glandulaire présente à la coupe :

1° Une coloration rouge générale sur laquelle sont disséminés des points blancs nombreux, dus à la dilatation des grains glanduleux par du pus; en pressant la glande, en piquant la surface de ces points blancs, on fait sourdre un liquide purulent d'un blanc crémeux.

2° Le tissu glandulaire est friable, ramolli, mais à des degrés différents; là où il l'est le moins, on distingue des vaisseaux très-nombreux qui lui donnent la coloration rouge indiquée; là où il est le plus ramolli, il y a eu combinaison du pus avec le tissu de la glande; on ne distingue plus qu'une bouillie lie de vie.

La parotide gauche est exactement dans le même état.

Les glandes sous-maxillaires sont saines et servent de terme de comparaison par leur tissu blanc résistant, par leur liquide limpide, pour apprécier le degré des altérations des parotides.

Bien que le muguet n'ait été constaté, dans ce cas, qu'au moment de l'apparition des parotides, on ne refusera pas d'admettre qu'il a bien pu exister auparavant sans être aperçu; et l'extension de l'inflammation de la muqueuse buccale, par les conduits salivaires, jusqu'à ces glandes, rendra un compte assez satisfaisant du développement de cette complication.

Les vomissements, je l'ai noté, se sont montrés dès le 9 février, tandis que les parotides n'ont paru que le 15.

Or, la rareté de ce symptôme dans la fièvre typhoïde simple et sa fréquence assez grande dans les cas de muguet, surtout lorsqu'il s'étend, comme chez notre malade, jusque dans l'œsophage, me semblent appuyer notre supposition de la préexistence de la phlegmasie buccale.

Mais, dans les faits qui vont suivre, il n'y aura pas le moindre motif de doute à cet égard.

L'un d'eux est d'autant plus probant qu'il avait été recueilli antérieurement, alors que je n'avais pas du tout l'idée de la relation qui pouvait exister entre le développement des parotides et la présence du muguet ou d'une autre inflammation buccale. L'observation que j'en avais gardée contient de très-longs détails étrangers à la question dont je m'occupe; je n'en présenterai donc qu'un simple résumé.

Observation II. — Une femme Berrier, Françoise, âgée de 76 ans, entra, le 28 février 1852, à l'infirmerie de la Salpétrière, salle Saint-Alexandre, n° 21, service de M. Moissenet.

Elle ne parut d'abord souffrir que de la constipation et fut soulagée par des purgatifs; mais, le 3 mars, dans la soirée, après avoir mangé avec appétit, elle fut prise de malaise, de point de côté à droite, de frissons, puis, le lendemain matin, vers 4 heures, vomit à plusieurs reprises d'abord des aliments et ensuite de la bile. Bientôt, tous les signes d'une inflammation de la base du poumon droit se manifestèrent, mais avec un tel abattement, une telle prostration, qu'on se borna, les deux premiers jours, à lui donner du thé et à lui appliquer des sinapismes.

Les forces s'étant un peu relevées, on put employer, les jours suivants, des moyens plus actifs (sangsues, vomitifs, vésicatoires), après lesquels les symptômes locaux et généraux qui avaient causé de grandes inquiétudes commencèrent à diminuer. La matité et le souffle tuber qui existaient à la base du poumon droit, quelques crachats rouillés qui avaient été rejetés, la langue sale, sèche, croûteuse; la figure très-abattue, l'œil terne, le teint jaune avec injection des pommettes; tous ces phénomènes,

parmi lesquels l'adynamie était le fait dominant, disparaissaient peu à peu, quand, le 14 mars, on aperçut, dans la bouche, un peu de muguet. On toucha les points qui en étaient recouverts avec un mélange d'acide chlorhydrique et de miel rosat.

Néanmoins, le 17, le muguet était revenu plus intense, et, le 20, un gonflement considérable de la parotide gauche avec douleur vive, induration, rougeur de la peau, fut constaté. La tumeur augmenta le 21 et le 22; le 23, bien que le gonflement eût diminué, la douleur était plus forte et la rougeur plus foncée. On croyait la suppuration inévitable. Il n'en fut rien; sans autre médication que l'application de cataplasmes émollients, la parotide diminua peu à peu, et, le 26, elle avait presque disparu, il ne restait plus qu'un peu de sensibilité à la pression. La langue était humide et nette, la peau fraîche, le pouls à 92. La malade prenait volontiers du bouillon et du vin qu'on lui avait toujours prescrit.

Le 27, on vit un peu de muguet de nouvelle formation sur la langue et à la face interne des joues; mais le gonflement et la douleur avaient complétement disparu de la région parotidienne.

La pneumonie avait cédé; mais une bronchite, peut-être de vieille date, persistait avec opiniâtreté et s'opposait au retour de la santé. Des crachats verts, opaques, assez abondants, étaient rejetés; des râles muqueux, ronflants étaient entendus avec du retentissement de la voix et une respiration soufflante dans la moitié inférieure du poumon droit.

Le 13 avril, la parotide gauche se gonfla et s'indura de nouveau avec une vive douleur dans l'oreille du même côté. Les jours suivants, ces symptômes s'accrurent, et, le 17, la tumeur étant moins dure et la peau légèrement violacée; on crut, de nouveau, que la suppuration allait se montrer. Cependant, jusqu'au 23, il y eut plutôt des signes de résolution; ce jour là, on vit immédiatement sous le lobule de l'oreille un point ramolli, gros comme

une noisette, fluctuant, et dont la peau était d'un blanc bleuâtre.

A notre grande surprise, ce point si ramolli ne s'ouvrit pas, et la parotide sembla complétement en voie de résolution pour la seconde fois.

Enfin, le 4 mai, la tumeur reparut à la partie antérieure et inférieure de la glande, et une incision pratiquée le 6, sur un point fluctuant, donna issue à une assez grande quantité de pus louable.

Le 7, du pus, mêlé de sang altéré, sortit en abondance.

Après un affaiblissement progressif, pendant les jours qui suivirent, la malade succomba, le 12 mai, sans symptômes nouveaux.

A l'autopsie, on trouva la parotide à peu près guérie. Une fausse membrane très-forte, quoique peu ancienne, existait sur le lobe inférieur du poumon droit, sain d'ailleurs, sauf un peu de condensation. Un noyau de pneumonie chronique, de la grosseur d'une pomme d'api, qui existait dans la partie antérieure du lobe supérieur du poumon gauche, et du muco-pus dans les bronches expliquèrent la terminaison funeste.

En raison de l'adynamie profonde que présenta cette malade, on pourrait croire à une influence autre que celle de la pneumonie dans le développement des symptômes observés.

M. Beau a donné, sous le nom de *typhus sénile*, des faits qui ont, avec le précédent, une grande ressemblance. (Voyez ses études cliniques sur les maladies des vieillards.)

Mais, quand on est familiarisé avec les physionomies si diverses que peut offrir la pneumonie dans un âge avancé, on ne sent plus le besoin d'aller chercher au loin la raison de la stupeur, de la prostration extrêmes qu'on rencontre parfois dans cette affection. Si la présence du muguet ou d'une autre inflammation buccale peut être constatée avant l'apparition des parotides qui viennent aussi quelquefois compliquer la maladie, ne trouvera-t-on pas, dans cette

circonstance, un motif de plus pour douter de la réalité d'une influence occulte, typhique ou autre?

On a remarqué la marche, si curieuse et si bizarre de la parotide dans ce cas; je n'ai pas besoin de m'appesantir sur ce point. Mais les partisans des crises seraient, il me semble, assez embarrassés pour classer ce fait.

Mis sur mes gardes par la première observation que j'ai citée, je m'étais promis d'épier attentivement les rapports que pouvait avoir l'éruption des parotides avec les phlegmasies de l'intérieur de la bouche. J'ai recueilli dernièrement deux nouveaux exemples de cette complication produite, je crois, par cette cause.

Observation III. — Il y a deux mois, remplaçant M. Bonamy dans son service de l'Hôtel-Dieu, je vis, au n° 21 de la salle 16, un nommé Beurrier, âgé de 61 ans, atteint d'ascite et d'œdème des membres inférieurs, qui paraissaient avoir été amenés par une diarrhée chronique et par une affection ancienne des voies génito-urinaires. Ce malade avait d'abord été traité dans une salle de chirurgie pour une rétention d'urine, puis transporté dans un service médical pour les autres maladies. Tous les moyens dirigés contre la diarrhée eurent peu de succès, les forces diminuèrent et le muguet, qui se voit assez souvent vers la fin des maladies chroniques dont l'issue doit être fatale, apparut sur toute la muqueuse buccale.

Je le traitai, comme on le fait d'ordinaire, à l'aide des gargarismes de Borax et de miel rosat, et la bouche parut se nettoyer. Mais, comme la diarrhée continuait toujours et que le malade déclinait, j'essayai, comme ressource extrême, la diète lactée. Au bout de quelques jours, le muguet reparut avec plus d'intensité et fut bientôt suivi de l'éruption d'une parotide du côté gauche. Je me bornai à appliquer, sur cette tumeur inflammatoire, qui n'était pas extrêmement douloureuse à la pression, des cataplasmes émollients; le malade succomba trois jours après, sans que cette complication parût avoir hâté la terminaison funeste.

A l'autopsie, je trouvai le tissu de la parotide infiltré de

pus, ramolli, friable, d'un rouge sanieux ; on voyait très-distinctement que le pus se formait dans les glandules salivaires, mais il n'avait pas encore rompu leurs parois de manière à se rassembler en foyers.

Des ulcérations nombreuses et anciennes dans le gros intestin ; une hypertrophie considérable de la prostate qui avait pu momentanément causer une rétention d'urine, et de petits abcès dans l'un des reins, furent les principales lésions constatées pour expliquer le développement de l'hydropisie et la mort.

Observation IV. — Peu de temps après arriva, dans la même salle, au n° 4, un jeune homme de 23 ans, nommé Gallène, atteint de fièvre scarlatine. Il eut une angine pultacée fort grave, qui nécessita plusieurs cautérisations avec une forte solution de nitrate d'argent ; puis, le cinquième ou sixième jour de la maladie, bien que l'éruption n'eût pas encore perdu beaucoup de son intensité, il fut pris d'un délire nerveux qui dura pendant 48 heures et qui céda à l'influence du chloroforme et de l'extrait thébaïque donnés à l'intérieur à assez forte dose. — Vers le neuvième jour, il se plaignit de douleur à la région parotidienne droite, et, le lendemain, une tumeur considérable très douloureuse, un peu rouge à sa surface et très-dure, s'était élevée à cet endroit. — 10 sangsues furent appliquées à sa base et soulagèrent un peu. — Mais, le jour suivant, le côté gauche se prit aussi, toutefois à un bien moindre degré. — Malgré cette complication, l'état général resta assez bon et la convalescence s'établit peu à peu ; mais, en dépit des frictions mercurielles et belladonées, des signes de suppuration se montrèrent dans la parotide droite, et M. Chenantais, qui voulut bien m'assister, pratiqua une ouverture par laquelle bientôt la suppuration se fit jour. — M. Bonamy ayant repris, à cette époque, son service, j'ai cessé de suivre le malade, mais j'ai eu le plaisir de le trouver ce matin, dans une visite que je lui ai faite à l'hôpital, en fort bonne voie. Il a fallu faire une contre ouverture ; mais aujourd'hui la parotide droite s'est presque complétement affaissée, il n'y a presque plus de

suppuration, l'état général est très-satisfaisant. La parotide gauche est entrée en résolution très-promptement, sans avoir acquis un grand développement.

Il n'y a pas ici de muguet à invoquer pour expliquer la parotide; mais serait-il déraisonnable de supposer que l'angine pultacée, fort grave, qui a signalé le début de la maladie, s'est étendue jusqu'à l'ouverture des conduits de Sténon? Ne sait-on pas d'ailleurs que, dans toutes les fièvres éruptives, la muqueuse buccale est plus ou moins rouge, gonflée, enflammée? Les plaques nacrées qu'on voit si souvent alors sur les gencives et qui sont constituées par de l'épithélium en voie d'exfoliation, qu'indiquent-elles autre chose, sinon le gonflement inflammatoire du tissu muqueux subjacent?

Je me crois donc autorisé, d'après ces faits, à exprimer l'opinion que les parotides symptomatiques, qui surgissent dans les maladies aiguës ou chroniques, ont souvent, pour point de départ, une cause locale, une inflammation quelconque de la muqueuse de la bouche qui arrive par les conduits salivaires jusqu'à ces glandes. On peut dire, il est vrai, qu'il y a bien peu d'exemples de parotides, en raison du nombre immense des cas d'inflammations buccales. Je reconnais l'importance de cette objection, et c'est pour cela que je ne rejette pas, au moins pour un grand nombre de cas, l'influence d'une cause générale prédisposante. Mais je désire qu'on s'enquière aussi des causes locales occasionnelles qui peuvent exister, et peut-être un traitement topique, soigneux et énergique, pourra prévenir une complication qui me semble, comme à M. Rochoux, toujours fâcheuse.

La cystite, l'orchite ne viennent pas compliquer tous les cas de blennorrhagie; l'ophthalmie n'arrive pas nécessairement après une phlegmasie des narines; mais, comme on est averti de la possibilité de ces faits, on n'est pas étonné quand ils se montrent, et l'on se tient, autant que possible, sur ses gardes vis-à-vis d'eux. Je n'en demande pas d'avantage à l'égard des parotides; seulement, dans les cas où quelque symptôme anormal, typhoïde ou autre,

pourra les faire craindre, qu'on s'efforce de veiller à l'état de la bouche et de combattre surtout très soigneusement le muguet.

Les faits que j'ai cités, et, en particulier le premier que j'ai donné dans tous ses détails, serviraient à démontrer, s'il en était encore besoin après les travaux de M. Murat, de M. Louis, que le siége de l'inflammation dans les parotides symptomatiques que nous observons ordinairement, est bien dans le tissu, dans les grains sécréteurs de la glande elle-même. Il paraît que, dans la peste, le mal occupe, au contraire, les ganglions lymphatiques (Rochoux). — Je rappelle ce fait parce que je n'ai eu en vue que les parotides observées dans les maladies de nos contrées; et, par conséquent, c'est à elles seules que s'adresse l'explication donnée plus haut, qui trouve, du reste, un nouvel appui dans le siége anatomique de la lésion, à l'intérieur des cellules parotidiennes.

Mais les glandes parotides ne jouissent pas seules, à l'exclusion des autres glandes salivaires, du triste privilége de s'enflammer dans le cours des maladies. On rencontre aussi, plus rarement à la vérité, des *maxillites*. M. Beau (mémoire cité) en a publié un exemple. J'en avais recueilli moi-même un cas à la Salpetrière, avant d'avoir les idées que je viens d'émettre.

Il s'agissait d'une femme de 75 ans, atteinte d'une pneumonie de la base du poumon droit, qui, huit à dix heures avant sa mort, présenta une tumeur dure des deux glandes sous-maxillaires. Dans le cours de la maladie, il n'y avait eu, en fait de symptômes extraordinaires, qu'un érythème violacé de la paume des mains, qui, ayant apparu deux jours avant la mort, persista jusqu'à la fin.

A l'autopsie, cet érythème n'avait laissé aucune trace; mais les deux glandes sous-maxillaires furent trouvées gonflées, indurées; de quelques points, déjà ramollis et friables, on pouvait, par la pression, faire sortir un peu de pus.

Le lobe inférieur du poumon droit était atteint d'hépatisation grise.

Je n'ai vu, dans mes notes sur l'état de la cavité buccale pendant la vie, que l'indication de la sécheresse et de la coloration noire de la langue, symptôme si commun chez les vieillards, dans la pneumonie surtout. Je ne serais pas éloigné de regarder cet état de la muqueuse buccale comme une des variétés d'inflammation qui peut causer, en se propageant, dans certains cas donnés, la phlegmasie des glandes salivaires. J'ajouterai que le tartre stibié avait été donné deux fois, 5 jours et 2 jours avant la mort, à la dose de 15 et de 30 centigrammes. Mais je ne veux pas m'appuyer sur un fait incomplet, et je me borne à signaler la possibilité du développement des maxillites, comme des parotides, sous l'influence d'une irritation locale. La différence de calibre des conduits excréteurs des glandes salivaires suffirait à donner la raison de la plus grande fréquence de l'une de ces phlegmasies, comparativement à l'autre.

TABLE DES MATIÈRES

DU XXXIe VOLUME.

Pages.

Aubinais. Voyez quelques réflexions sur les fièvres périodiques pernicieuses..... 64

Aubinais. Voyez observations pour servir à l'histoire d'une variété d'hémorrhagie post-puerpérale excessivement rare, et, par conséquent encore peu connue..... 246

Bulletin des séances..... 5, 59, 107, 175, 207

Combeau. Voyez observation de farcin chronique suivi de morve aiguë..... 183

Discours de M. Letenneur, président..... 6

De la nature de la maladie de Bright, par M. Papin-Clergerie..... 20

Du changement que certaines péricardites apportent dans le rapport de fréquence de la respiration et du pouls, par M. Malherbe..... 180

Gautron. Voyez notes sur plusieurs calculs..... 200

Huette. Voyez tableau des observations météorologiques de 1854..... 59

Letenneur. Voyez discours..... 6

Letenneur. Voyez quelques cas d'autoplastie faciale..... 143

Malherbe. Voyez observations cliniques..... 82

Mahot. Voyez observations cliniques..... 117

Marcé. Voyez séméiologie des fièvres intermittentes. 125

Malherbe. Voyez du changement que certaines péricardites apportent dans le rapport de fréquence de la respiration et du pouls..... 180

Malherbe. Voyez observation d'acéphalie..... 195

Note sur plusieurs calculs, par M. Gautron..... 200

Note sur l'étiologie des parotides symptomatiques ou parotidites, par M. Trastour..... 261

Pages.

Observation d'empoisonnement par le savon arsenical de Bécœur, par M. Pincet..... 50
Observation d'un cas de carcinôme du pylore, par M. Papin-Clergerie..... 53
Observations cliniques, par M. Malherbe..... 82
Observation de pneumo-thorax, consécutif à une pneumonie lobulaire, par M. Vallin, élève interne à l'Hôtel-Dieu..... 98
Observations cliniques, par M. Mahot..... 117
Observation de farcin chronique suivi de morve aiguë, par M. Combeau, interne de l'Hôtel-Dieu... 183
Observation d'acéphalie, par M. Malherbe..... 195
Observations pour servir a l'histoire d'une variété d'hémorrhagie utérine post-puerpérale rare et par conséquent encore peu connue, par M. Aubinais... 246
Papin-Clergerie. Voyez de la nature de la maladie de Bright..... 20
Papin-Clergerie. Voyez observation d'un cas de carcinôme du pylore..... 53
Pincet. Voyez observation d'empoisonnement par le savon arsenical de Bécœur..... 50
Prix de la Société de Chirurgie de Paris..... 205
Quelques réflexions sur les fièvres périodiques pernicieuses à l'occasion d'un accès de fièvre pernicieuse, par M. Aubinais..... 64
Quelques cas d'autoplastie faciale, par M. Letenneur. 143
Quelques mots sur la méningite des enfants, par M. Ch. Rouxeau..... 219
Rouxeau. Voyez quelques mots sur la méningite des enfants..... 219
Séméiologie des fièvres intermittentes, par M. Marcé. 125
Tableau des observations météorologiques..... 59
Table des matières..... 277
Trastour. Voyez note sur l'étiologie des parotides symptomatiques ou parotidites..... 261
Vallin. Voyez observation de pneumo-thorax.... 98

Nantes, Imp. de Mme veuve C. Mellinet.

VINGT ET UNIÈME ANNÉE

DE LA NOUVELLE SÉRIE.

LISTE DES MEMBRES RÉSIDANTS

DE LA

SECTION DE MÉDECINE.

MEMBRES HONORAIRES.

MM.

Lafond, docteur en chirurgie.
Le Ray, docteur-médecin.
Marchand, docteur en chirurgie.

MM.

Gautron père, docteur-médecin.
Thibeaud, docteur-médecin.
Hignard, docteur-médecin.

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

Allard (Émile), doct^r-médecin.
Anizon, docteur-médecin.
Aubinais, docteur-médecin.
Baré, docteur-médecin.
Blanchet fils, docteur-médecin.
Bonamy (Eugène) ✻, docteur-médecin.
Champenois, docteur-médecin.
Chenantais, docteur-médecin.
Citerne, docteur-médecin.
Cormerais, pharmacien.
Delamare, docteur-médecin.
Deluen, docteur-médecin.
De Rostaing de Rivas, docteur-médecin.
Foulon, docteur-médecin.
Galicier, docteur-médecin.
Gatterre, docteur-médecin.
Gautron fils, docteur-médecin.
Gély, docteur-médecin.
Georges, pharmacien.
Hélie, docteur-médecin.
Leborgne, docteur-médecin.

MM.

Lefeuvre, docteur-médecin.
Le Houx, docteur-médecin.
Lequerré, docteur-médecin, ancien chirurgien de marine.
Letenneur, docteur-médecin.
Mabit, docteur-médecin.
Maguéro, pharmacien.
Mahot, docteur-médecin.
Maisonneuve (Th.), docteur-médecin.
Malherbe, docteur-médecin.
Marcé, docteur-médecin.
Mauduit, docteur-médecin.
Moriceau fils, docteur-médecin.
Padioleau, docteur-médecin.
Papin-Clergerie, doct^r-médecin.
Petit, docteur-médecin.
Pihan-Dufeillay, doct.-médecin.
Pincet, pharmacien.
Rouxeau, docteur-médecin.
Trastour, docteur-médecin.
Turpin, docteur-médecin.
Villeneuve, docteur-médecin.

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE

DU

DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

32e VOLUME.

21e ANNÉE DE LA NOUVELLE SÉRIE.

NANTES,

IMPRIMERIE DE Mme Ve CAMILLE MELLINET.

1856.

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE.

BULLETIN DES SÉANCES.

Séance du 14 *décembre* 1855.

PRÉSIDENCE DE M. LETENNEUR, PRÉSIDENT.

Le procès-verbal lu et adopté, la séance est consacrée aux élections du Bureau et des Comités pour l'année 1856.

En voici le résultat :

Bureau.

MM. MAHOT, *Président ;*
MALHERBE, *Vice-Président ;*
LE HOUX, *Secrétaire ;*
CITERNE, *Secrétaire-Adjoint ;*
DELAMARE, *Bibliothécaire ;*
DELUEN, *Trésorier.*

Comité de Rédaction.

MM. BLANCHET, ROUXEAU, HÉLIE, *titulaires ;*
MM. LE BORGNE et ANIZON, *membres suppléants.*

Comité de Vaccine.

MM. AUBINAIS, MABIT et MAUDUIT.

Comité de Topographie.

MM. BONAMY, FOULON et ALLARD.

Comité d'Administration.

MM. MAGUÉRO, MABIT, LEQUERRÉ, MORICEAU et MARCHAND.

Séance du 11 *janvier* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

Avant de quitter le fauteuil de la présidence, M. Letenneur, dans une simple et brève allocution, remercie la Section du sympathique appui qu'elle lui a accordé durant l'exercice de ses fonctions, et la félicite de ses travaux

solides et variés attestant que son zèle ne s'est point ralenti pendant l'année écoulée; un grand nombre d'ouvrages importants dont s'est enrichie la bibliothèque, et l'adjonction prochaine de nouveaux membres, lui semblent encore le présage d'une prospérité croissante pour notre Association.

M. Letenneur invite ensuite les membres nouvellement élus à venir prendre place au Bureau, et M. Mahot, président, lit le discours suivant :

« MESSIEURS,

» Vous avez bien voulu, dans votre séance du 14 décembre dernier, me confier l'honneur de présider vos séances pendant l'année 1856 ; je vous en remercie bien sincèrement. J'ai accepté avec empressement la mission que vous m'avez confiée : je sens bien, cependant, qu'un grand nombre des qualités qui doivent se retrouver réunies dans un Président, et qui distinguaient mes honorables prédécesseurs, me font défaut, mais je compte, pour y suppléer, sur mon zèle et ma bonne volonté, dont je suis sûr ; sur l'indulgence que je vous prie de m'accorder et que vous ne me refuserez pas, je l'espère; enfin, je compte sur les conseils bienveillants des membres du Bureau qui m'ont été adjoints, conseils auxquels j'aurai recours avec empressement, toutes les fois qu'il se présentera à prendre une décision qui pourra avoir quelque gravité pour la Section.

» Je crois n'être, Messieurs, que l'interprète de vos sentiments, en adressant, au nom de la Section de Médecine, des remerciements bien mérités au Bureau de 1855. Nous avons tous été à même d'apprécier la manière consciencieuse et distinguée avec laquelle tous les membres qui le composaient ont rempli leurs fonctions pendant l'année qui vient de s'écouler.

» Depuis deux ans, Messieurs, le corps médical de Nantes a été frappé, par la mort, d'une manière bien cruelle, et cette année encore, la Section de Médecine a eu

à déplorer la perte de trois de ses membres. Ce n'est pas ici le lieu de vous présenter la biographie de MM. les docteurs Ménard, Leroux et Fouré; néanmoins, permettez-moi de ne pas laisser passer cette occasion sans vous rappeler, en quelques mots, le souvenir des collègues que nous avons perdus.

» M. le docteur Ménard, un des membres les plus assidus aux séances de la Section et de la Société, avait, pour notre compagnie, une affection toute particulière, et il ne s'écoulait pas un seul jour qu'il ne vînt y passer quelques instants.

» Nous voyons tous ici la place qu'il occupait constamment parmi nous, et, le soir, on s'étonne de ne plus entendre sa voix forte et retentissante dans les conversations qui accompagnent si souvent, trop souvent peut-être, la lecture des journaux.

» En 1832, M. Ménard ne recula pas devant les chances du concours qui fut ouvert, pour une place de chirurgien, par l'Administration des Hospices, concours qui se termina par la nomination de M. le docteur Marchand.

Pendant plus de 10 années, M. Ménard fut le chirurgien-major de la garde nationale de Nantes.

» Vous savez tous avec quel zèle et quelle régularité il a rempli, durant de longues années, les fonctions de trésorier, qui semblaient si bien lui appartenir, qu'il était, à chaque élection, renommé par une acclamation unanime.

» M. Ménard a peu écrit dans le sein de la Section, mais il prenait une part active à ses discussions. Fidèle observateur du règlement, il ne laissait passer, sans opposition, aucune mesure qui lui paraissait contraire à la lettre et à l'esprit de notre code disciplinaire, et souvent ses observations, dans les discussions médicales, étaient sages, judicieuses, et portaient le cachet du bon sens.

» M. le docteur Ménard s'était beaucoup occupé de chirurgie, et il a laissé, parmi nous, la réputation d'un opérateur habile. Moi-même, dans plusieurs circonstances, j'ai pu apprécier son adresse manuelle, vraiment fort remarquable.

» Notre confrère nous a été enlevé par une maladie

aiguë, alors que son âge peu avancé et sa forte constitution semblaient lui promettre encore de longs jours.

» M. le docteur Dominique Leroux fut aussi un des concurrents à cette épreuve chirurgicale dont je vous parlais tout à l'heure; cinq de nos confrères y prirent part, et déjà trois d'entre eux, MM. Touzeau, Ménard et Leroux ont quitté cette terre; tous les trois étaient alors pleins de force et de santé.

» A son début dans la carrière médicale, M. Leroux fut interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

» Plus tard, il rentra dans les hôpitaux, d'abord comme chirurgien suppléant, puis comme chirurgien titulaire; enfin, il fit partie de notre École de Médecine, en qualité de professeur suppléant.

» M. le docteur Leroux était un esprit distingué, sa parole était brillante et remarquablement facile, sa conversation agréable et variée.

» D'une constitution robuste, on pourrait dire athlétique, notre confrère semblait défier la maladie, et cependant il fut, on peut le dire, écrasé par des affections morales et par de violents chagrins de famille. Il perdit une jeune nièce qu'il regardait comme sa fille, qu'il avait adoptée pour ainsi dire et sur qui se concentraient toutes ses facultés aimantes. Sa femme fut atteinte, à la même époque, d'une longue et cruelle maladie.

» Notre pauvre confrère ne put soutenir ces épreuves: sa santé s'altéra rapidement, et tous nous fûmes frappés d'un étonnement douloureux, en rencontrant dans les rues cet homme que, quelques jours auparavant, nous avions vu si fort, si plein de santé et d'énergie, maintenant pâle, défait, se traînant à peine, portant empreint sur sa figure le cachet de la décomposition physique; rien, en effet, n'a pu le sauver; il a lutté pendant quelque temps, et malgré les soins éclairés de plusieurs de ses amis et confrères, il a succombé au mal qui lui rongeait le cœur.

» Comme je vous l'ai dit, Messieurs, je n'ai pas ici l'intention de vous faire la biographie de M. le docteur Fouré; un de nos collègues que nous aimons et que nous respectons tous, a pris l'engagement de se charger de cette

tâche, qui sera bien douce pour lui, je n'en doute pas, et qu'il remplira mieux que tout autre, ayant été, pour ainsi dire, pendant sa vie entière, uni à notre vénérable doyen par les liens d'une intime amitié.

» Qu'il me soit seulement permis de rendre hommage à la mémoire de l'homme de cœur, du médecin éminemment distingué, qui m'a, pendant longues années, honoré d'une affection toute paternelle; qui, avec une bienveillance qui ne s'est jamais démentie, a bien voulu me guider dans mes études, me diriger et m'assister de son appui et de ses conseils à mon entrée dans la carrière si honorable, mais si difficile et si épineuse de la médecine.

» Toute ma vie, le souvenir de l'attachement qu'il m'a témoigné restera gravé dans mon cœur, et je lui en conserve une bien vive reconnaissance.

» Je n'essaierai pas de vous présenter le tableau de toutes les nobles et belles qualités qui ont fait de M. Fouré un homme admirablement organisé. Comme savant et comme homme du monde, M. Fouré pouvait briller partout, dans un salon comme dans une Académie; sur tous les théâtres, il fut sorti de la foule, à Paris aussi bien qu'en province.

» M. Fouré fit, à Angers, des études très-brillantes. Il travailla beaucoup alors les mathématiques, pour lesquelles il se sentait une attraction toute particulière : il réussit parfaitement dans cette étude, et je lui ai souvent entendu parler des succès qu'il avait obtenus dans plusieurs examens et plusieurs thèses ayant rapport à cette spécialité.

M. Fouré partit très-jeune pour St-Domingue; là, il sut se créer une position, qui, sans la révolution, l'eût inévitablement conduit à une grande fortune; mais, en même temps, il sut mettre son temps à profit pour son instruction, et il revint ruiné, mais riche d'observations sur les maladies des régions tropicales. Peut-être même est-ce à son séjour dans les colonies, qu'il faut attribuer en partie la supériorité qu'il a toujours conservée dans le diagnostic et la connaissance des affections intermittentes.

» Loin d'avoir subi l'action énervante des pays chauds

qui usent si rapidement les organisations les mieux trempées, M. Fouré, à peine de retour en France, se remet à l'étude avec une ardeur toute passionnée. Il se lie d'amitié, à Paris, avec tous les hommes destinés à illustrer leur époque, Dupuytren, Richerand, Caillaud, Dubois, Alibert, Pariset, tous le regardaient alors comme leur égal, comme leur émule, et comme un condisciple digne d'être associé à leurs travaux; et certes, s'il est permis de faire ici l'application du proverbe: Dis-moi qui tu hantes et je te dirai qui tu es; les hommes dans le groupe desquels se trouvait alors M. Fouré doivent nous donner une haute idée de ce qu'il était lui-même.

» Depuis lors, nous avons vu M. Fouré à l'œuvre, aussi supérieur dans la pratique et au lit du malade, que lorsqu'il traitait une question théorique.

» Sa belle intelligence lui faisait embrasser cette question dans tout son ensemble, et lui suggérait des considérations toujours élevées, toujours philosophiques, qui parfois approchaient du sublime.

» Il est une qualité en médecine dont tous reconnaissent la réalité et qu'il est cependant bien difficile de définir: cette qualité à laquelle on a donné le nom de tact médical, et qui appartient à un bien petit nombre de privilégiés, M. Fouré la possédait à un haut degré.

» Combien de fois, l'avons-nous vu près d'un malade, en présence d'un cas difficile, réfléchir profondément, puis tout à coup illuminé par une sorte d'intuition divine, poser avec précision son diagnostic, et en déduire comme conséquence un traitement admirablement conçu.

» M. Fouré possédait toutes les qualités du professeur: sa voix était douce et agréable, mais si faible et si délicate qu'elle ne lui permettait pas de se faire entendre dans toutes les parties d'un amphithéâtre un peu vaste.

» Aussi, lorsqu'il professait, ses élèves se groupaient et se resserraient autour de lui dans un cercle pressé, afin de ne perdre aucune des paroles qui coulaient avec douceur de la bouche du maître vénéré. Dans l'hiver de 1834, M. Fouré entreprit de faire aux élèves des leçons de clinique; sa

santé, toujours très-débile, et ses nombreuses occupations ne lui permirent pas de continuer longtemps; mais le peu de leçons qu'il nous donna nous fit regretter vivement que dans l'enseignement, il n'eût pas été chargé de ce cours préférablement à celui qui lui avait été confié.

» M. Fouré avait, pour les sciences, et pour la science médicale en particulier, un amour si passionné, qu'il travailla jusqu'à son dernier jour avec une ardeur toute juvénile. Avec une supériorité d'esprit qu'on ne retrouve pas constamment chez les gens âgés, il sut toujours apprécier justement les découvertes modernes et se maintenir au courant des sciences médicales, chimiques et naturelles.

» Chaque fois que je me présentais chez lui, dans les dernières années de sa vie, je le trouvais assis dans son grand fauteuil, occupé à relire les anciens auteurs, qu'il possédait parfaitement, ou les brochures et les ouvrages parus récemment et qui faisaient quelque bruit dans le monde scientifique. Quinze jours avant sa mort, il était encore tout occupé à traiter une grande et importante question d'étiologie médicale, sur laquelle il pensait avoir émis des vues nouvelles, qu'il désirait vivement soumettre à l'appréciation de l'Académie de Médecine.

» Tel était M. Fouré comme savant. Spiritualiste par conviction, se rattachant à la grande Ecole médicale de Montpellier, et cependant admirateur des travaux de l'Ecole de Paris, dont il reconnaissait toute l'importance et qu'il prisait à leur juste valeur.

» Si M. Fouré était fait pour briller dans une chaire de professeur et dans un cercle de savant, il était au moins aussi remarquable et aussi distingué dans une réunion d'amis.

» Lorsqu'il se trouvait au milieu d'une société choisie et qu'il était un peu stimulé par le rang ou par l'intelligence des personnes qui l'entouraient, il devenait un causeur délicieux et un narrateur si attachant, qu'il tenait, pendant une longue soirée, tout son auditoire sous le charme de ses récits et des anecdotes variées que sa mémoire heureuse lui fournissait à profusion, anecdotes

parfois dramatiques et palpitantes d'intérêt, lorsqu'elles se rapportaient aux dangers qu'il avait eu à courir pendant la guerre de Saint-Domingue.

» Nul ne possédait à un aussi haut degré que M. Fouré le charme de la parole et de la diction : expression toujours admirablement choisie et appropriée à ce qu'il voulait dire.

» Organe doux, insinuant, délicat et permettant au causeur de faire sentir les moindres nuances de sentiment et de passion.

» Figure expressive et sur laquelle se peignaient toutes les impressions que ressentait en parlant le narrateur. Parole tantôt vive et spirituelle, tantôt caressante et insinuante, rendant avec des nuances charmantes les émotions si variées parfois douces, parfois énergiques, qui se succédaient avec la rapidité de la pensée chez M. Fouré. Nul ne pouvait résister à la séduction de sa parole, nul ne pouvait se défendre des émotions qu'il ressentait lui-même vivement. Mais si M. Fouré réussissait à s'emparer ainsi complétement du cœur et de l'esprit de ses auditeurs, c'est qu'on sentait que le causeur aimable, le narrateur spirituel était, en même temps, un être aimant et dévoué, un médecin éminemment charitable, un homme de bien en un mot. M. Fouré fut, avant tout, un ami de l'humanité et de la science, et jamais, même dans un âge avancé, il ne refusa d'aider de ses conseils et de sa bourse les malheureux qui venaient en foule réclamer ses soins.

» M. Fouré se regardait comme le père de sa très-nombreuse famille et s'était fait une obligation sacrée de veiller sur ses parents, de les diriger, de les protéger. Lorsqu'ils étaient malades, il les soignait comme ses propres enfants. Il avait voué, particulièrement à sa sœur, Mlle Annette Fouré, et à son frère Benjamin, le colonel de la garde nationale, une amitié très-tendre, et qui ne s'est jamais démentie. Jusque dans les derniers jours de sa vie, chaque fois que sa santé lui permettait de sortir en voiture, il allait rendre visite à sa sœur, et lorsque les infirmités ne lui laissèrent plus la faculté de descendre de sa voi-

ture, il se faisait conduire à la porte de sa maison et s'informait de ses nouvelles.

» La maladie et la mort de son frère portèrent à M. Fouré un coup dont il ne s'est jamais relevé. Il s'établit près de son lit, à la campagne, et il ne le quitta plus. J'ai assisté à toutes ses angoisses pendant cette maladie si longue et si douloureuse, et je ne comprenais pas que l'organisation frêle et nerveuse de M. Fouré pût résister à des émotions si fortes et surtout si prolongées.

» Ce que M. Fouré avait surtout d'attachant, ce qui faisait qu'on ne pouvait s'empêcher de l'aimer, c'était cette fraîcheur de sentiment, cette jeunesse de sensibilité qu'il a conservée jusqu'à sa mort; sensibilité qui le rendait, du reste, d'une susceptibilité bien grande, parce que toutes les impressions étaient, pour son organisation nerveuse, d'une vivacité extrême.

» Dans mon opinion partagée, du reste, par toutes les personnes qui l'ont connu intimement, M. Fouré était le cœur le plus aimant, l'ami le plus chaud et le plus dévoué; mais, plus il aimait quelqu'un, plus il devenait sensible à tout ce qui pouvait venir heurter ses sentiments; un rien le froissait; le moindre défaut d'égard prenait, à ses yeux, des proportions énormes et qui l'affligeaient profondément. Ces nuages, du reste, se dissipaient facilement, et, pour peu qu'on lui fît quelques avances et qu'on eût avec lui une explication franche, il ne vous en aimait que plus tendrement. Je m'aperçois, Messieurs, que mon sujet m'emporte bien au-delà des bornes que je m'étais prescrites, je vous en demande pardon; mais vous m'excuserez, je l'espère, car je vous parlais d'un homme que j'ai aimé bien tendrement, et que je considérais comme un second père. »

Après ce discours, M. le Président dépouille la correspondance, qui comprend :

1° *Chirurgie conservatrice des membres* ou *Traité des principes et des moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses, et d'harmoniser l'art chirurgical avec les*

progrès de la science de l'homme et ceux de la civilisation, par Amédée Massart.

2° *Etude nouvelle sur l'entrée de l'air dans les veines, dans les cas de plaie ou d'opération chirurgicale*, par le même.

L'auteur, membre correspondant de la Section, lui fait hommage de ces deux brochures.

L'ordre du jour appelle M. Petit à la tribune, pour lire une *observation de lypémanie* (1).

Cette lecture faite, les jetons sont distribués et la séance est levée.

Séance du 15 *février* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La Section a reçu de M. Cornaz, docteur en médecine et en chirurgie de l'Université de Berne, médecin et chirurgien en chef de l'hôpital Pourtalès à Neufchâtel, en Suisse, une lettre par laquelle il demande le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, M. Cornaz adresse à la Section une brochure intitulée : *Etudes statistiques sur la fièvre typhoïde.*

Cette demande est renvoyée au Comité central de la Société Académique, conformément au Règlement.

M. Aubinais est appelé à la tribune et donne lecture d'un travail intitulé : *De certains phénomènes hystériformes avec suppression passagère de la menstruation, pouvant laisser soupçonner à tort un commencement de grossesse* (2).

---

(1) Voir plus loin, p. 20.

(2) Voir plus loin, p. 33.

M. Mabit lui succède et lit une *Etude sur les divers effets physiologiques du café, selon ses différents modes de préparation*, communiquée à la Société par M. Offret, pharmacien de Nantes.

En 1849, M. Offret eut occasion, pour satisfaire au caprice de l'un de ses clients, de préparer de l'extrait aqueux de café. Jugeant inutile de perdre la partie aromatique et l'huile essentielle concrète de cette substance, il eut recours à la distillation alcoolique du café torréfié jusqu'à la couleur de bois de noyer *foncé*, et soumit le résidu de cette opération préalable à l'épuisement par l'eau ; il obtint ainsi, d'une part, un produit d'un arôme très-agréable, et de l'autre, l'extrait qu'on lui demandait.

La plus grande partie de cet extrait aqueux lui étant restée entre les mains, il ne crut pouvoir mieux faire que de l'utiliser, en le prenant chaque matin à la dose de 0g75 à 1g dans de l'eau, avec addition de lait, au lieu et place de l'infusion usitée généralement. Mais, après quinze jours d'usage de cette préparation, déjà M. Offret éprouvait quelques troubles de la vue et une constriction légère a la gorge; une seconde quinzaine ne s'était pas écoulée, qu'il ressentait la plupart des symptômes produits par les narcotiques : dilatation notable de la pupille, voix rauque, douleur occipitale, somnolence, vertiges, troubles passagers de l'intelligence. Une saignée, l'application de sinapismes, firent cesser ces accidents, dont on était encore loin de soupçonner la cause, et que les médecins consultés par lui avaient pensé tout d'abord être dus, soit à l'ingestion de quelque narcotique, soit a l'abus des spiritueux. Depuis lors, M. Offret avait complétement renoncé au café, et de pareils symptômes ne s'étaient pas reproduits chez lui ; il y a environ trois mois qu'il se remit à l'usage de cette liqueur, dans le but de mettre à profit ses vertus anti-hypnotiques et de suffire à des veilles nécessitées par ses travaux momentanément exagérés. Il put, cette fois, constater et analyser en parfaite connaissance de cause les effets divers produits sur son économie par le café. Ainsi préparait-il lui-même avec tout le soin désirable une infusion de café

légèrement torréfié; (ici, M. Offret donne les détails de cette préparation, plus délicate qu'on ne le pense communément) il en obtenait l'effet attendu, l'éveil du cerveau et la faculté de veiller sans fatigue fort avant dans la nuit. Faisait-il, au contraire, avec intention et comme terme de comparaison, usage d'une décoction de marc de café, aussitôt il voyait reparaître la série des symptômes de narcotisme énoncés plus haut, symptômes qui se dissipaient facilement sous l'influence de l'ingestion d'une infusion de café récente.

De ces expériences personnelles et de quelques autres faits dont il a été sujet ou témoin, M. Offret se croit autorisé à conclure que, dans le café, coexistent deux principes entièrement opposés par leurs propriétés, l'un résidant dans les parties volatiles de la graine soumise à un degré voulu de torréfaction et dont s'empare l'infusion aqueuse convenablement préparée, l'autre demeurant dans le marc de cette infusion ou dans la graine torréfiée à un degré supérieur, se développant peut-être en partie aux dépens de l'essence aromatique et de l'huile essentielle concrète et annihilé lui-même par un excès de chaleur qui peut aller jusqu'à produire la carbonisation comme terme ultime. A ce dernier principe, caféine ou autre produit immédiat, appartiendraient les vertus vénéneuses et narcotiques; au premier, les vertus excitantes et toniques.

L'auteur condamne, comme conclusion pratique de son travail, l'emploi du marc de café sous quelque forme que ce soit. Il ne serait pas éloigné d'attribuer certains effets fâcheux occasionnés par l'usage immodéré du café noir, effets analogues à ceux produits par l'abus des spiritueux et des narcotiques, à la présence d'un principe particulier, caféine ou autre, susceptible, après ou sans excitation préalable, à l'instar des opiacés, de déterminer un état congestif des organes cérébraux et même l'apoplexie. Enfin, dans l'emploi du café comme contre-poison de l'opium, il faudrait, selon l'auteur, avoir bien soin de n'administrer à ce titre que l'infusion de café convenablement torréfié, et à doses modérées, sous peine d'aggraver le mal qu'on se propose de combattre.

M. Offret termine son intéressante communication en énumérant les divers produits mis par lui à la disposition de la Société et qu'il a extraits du café vert non torréfié, du café légèrement torréfié, du café torréfié outre-mesure, enfin du café carbonisé. Ces produits sont des eaux distillées, des alcools distillés, des extraits aqueux et un sirop hydro-alcoolique. Ces faits encore entourés de tant d'obscurité, lui paraissent assez importants au point de vue de la chimie organique, de l'hygiène et de la thérapeutique, attendu l'usage de plus en plus répandu de cette précieuse substance pour mériter de la part d'une Société médicale une attention sérieuse et l'institution d'expériences qui seraient soumises à son contrôle et à son examen.

Cette communication est suivie des réfléxions suivantes : *M. Pihan-Dufeillay* trouve fort intéressants les faits qui viennent d'être exposés; M. Offret n'a pas, il est vrai, la prétention d'avoir découvert dans le café quelque principe immédiat nouveau, mais il a le mérite d'avoir appelé l'attention, sur les effets narcotiques de quelques-uns des principes déjà connus, effets qu'on ne saurait attribuer entièrement à une idiosyncrasie spéciale. Ainsi, déjà Christison avait reconnu a la caféine et à la théine prises à doses élevées des propriétés toxiques et stupéfiantes. Les divers modes de préparation du café sont donc loin d'être une chose indifférente dans la pratique; et, dans l'emploi de cette substance comme antidote de l'opium, par exemple, on pourrait être exposé à ajouter un narcotique à un narcotique, si le café avait été trop torréfié ou s'il était administré à doses trop considérables.

Il propose d'adresser des remerciements à l'auteur.

M. Mabit tient de marins avec lesquels il a eu occasion de s'entretenir sur ce sujet, que ceux-ci connaissent parfaitement ces propriétés opposées du café, et les mettent souvent à profit en torréfiant modérément ou avec excès cette graine suivant qu'ils désirent obtenir un état de veille ou de sommeil.

M. Aubinais, dans un voyage qu'il fit en Allemagne, remarqua avec un certain étonnement que l'on servait dans les tavernes deux sortes de café, au gré des consomma-

teurs : l'un froid était apporté dans des carafes ; l'autre chaud était pris comme il l'est chez nous. Il apprit d'un français que la première sorte très-concentrée et à laquelle on ajoutait de l'eau-de-vie, possédait des propriétés stupéfiantes et était destinée aux personnes qui ne fumaient point.

M. Deluen se rappelle avoir pris assez longtemps du café préparé par décoction à son insu ; n'en obtenant pas l'effet attendu et fatigué de sa saveur amère, il prit le parti de le préparer lui-même par infusion au moyen d'une cafetière à vapeur. Ce dernier café, très-riche en huile essentielle concrète, lui fit éprouver immédiatement des effets excitants analogues, sans être absolument les mêmes, à ceux ressentis par M. Offret. On lui a raconté que deux demoiselles, ayant pris dans une partie de campagne, du café préparé par décoction, éprouvèrent après cette ingestion des crampes et des étourdissements. Tous ces faits tendraient donc à établir l'existence de propriétés tout opposées dans la décoction et l'infusion de café.

M. le Président, conformément au désir exprimé par M. Offret, nomme une Commission, composée de MM. Pihan-Dufeillay, Cormerais et Georges, lesquels auront à contrôler par de nouvelles expériences les assertions énoncées dans le mémoire de l'auteur. Des remerciements lui seront en outre adressés pour son intéressante communication.

L'ordre du jour appelle M. Le Houx à lire une *observation de tumeur hydatique abdominale* (1).

M. Malherbe cite, à cette occasion, un fait dont il a été témoin chez un malade ayant une tumeur dans la région sous-diaphragmatique au bord postérieur du foie. Cette tumeur, due à la présence d'hydatides, finit par se frayer une route dans le thorax, et après une expectoration abondante d'un liquide d'abord sanguinolent, puis purulent, le malade rendit par les voies aériennes, dans l'espace de deux jours,

---

(1) Voir plus loin, p. 44.

plus de 1200 hydatides dont la grosseur variait entre celle d'un noyau de cerise et celle d'un œuf de poule. L'application de cataplasmes préparés avec de l'eau salée provoquait immédiatement l'expulsion de ces entozoaires. Le malade succomba plus tard à une affection de la colonne vertébrale avec tuberculisation pulmonaire.

Le Secrétaire,

LE HOUX.

OBSERVATION de lypémanie, par M. le docteur PETIT, *médecin de l'asile des aliénés de Saint-Jacques.*

Louis W.... est âgé de 34 ans, marié depuis 15 mois, protestant de la confession d'Ausbourg, né à Sarrebruck (Prusse), domicilié à Metz. Il a été longtemps commis-voyageur; depuis son mariage, il dirigeait pour le compte de son frère une fabrique importante. Sans être doué d'une grande intelligence, M. W... a néanmoins toutes les capacités nécessaires pour diriger convenablement une maison de commerce considérable. Il est passionné pour la musique, pianiste habile. Son caractère est très gai, sa moralité sans reproche, ses rapports sociaux excellents.

Il est d'un tempérament lymphatico-sanguin, très-robuste. Sa santé a toujours été bonne.

Le frère de M. W... beaucoup plus âgé que lui, doué d'une intelligence supérieure, ayant de bonne heure acquis

à Metz une belle position commerciale, Louis fut très-jeune encore placé dans la même maison en qualité de commis. Par suite, la déférence d'inférieur à supérieur, vint dominer l'intimité fraternelle, et l'aîné a conservé un grand ascendant sur l'esprit du plus jeune.

La vie active de commis-voyageur remplacée par une position sédentaire, la grande responsabilité qui est venue reposer sur lui, paraissent avoir influé sur le moral de M. W... Ses amis remarquaient depuis plusieurs mois certaines bizarreries, plus de laisser-aller dans les affaires, moins de fermeté dans ses opinions, il adoptait toujours aveuglément l'avis de son frère.

Louis W... était en mésintelligence avec le mécanicien contre-maître, le soupçonnant non sans motif de soigner beaucoup plus ses propres intérêts que ceux de la fabrique.

Les choses en étaient là, quand le 29 juillet 1846, un violent incendie éclate dans la partie de l'établissement voisine du logement de M. W... dont l'appartement, en quelques minutes, est envahi par les flammes. Sa femme allaitait une petite fille de trois mois; tous ses soins se portèrent sur ces deux objets de sa tendresse; à peine il a placé la mère évanouie hors de la portée du fléau, qu'il se précipite de nouveau dans le bâtiment embrasé, sort avec son enfant, et l'édifice s'abîme. Mais l'émotion a été trop forte; M. W..., dont les forces physiques et morales sont épuisées, demeure étranger à tout ce qui se passe autour de lui, ne s'inquiète plus des progrès de l'incendie.

Resté cependant sur les lieux pour présider à la reconstruction de l'usine, il est accablé de sinistres appréhensions; la figure du contre-maître lui apparaît sans cesse comme un cauchemar dont rien ne peut le délivrer, il redoute une ruine complète, il voit les ouvriers, dont les travaux sont forcément suspendus, coalisés contre lui et maîtres de la fabrique; il s'imagine qu'on rejettera sur lui toute la responsabilité du funeste accident. Il a conscience du changement opéré dans son intelligence, va trouver son frère, lui fait part de ses craintes, dit qu'il est incapable de gérer plus longtemps les affaires, se plaint d'être

malade, mais refuse de consulter un médecin. Le frère espérant voir se dissiper cet état qu'il attribue à l'émotion encore récente, se borne à le raisonner un peu, et Louis repart pour la campagne. Cependant, les mêmes idées persistent avec plus de force, et M. W... prenant la résolution de se détruire, se précipite d'une fenêtre du 1er étage dans un canal très-peu profond conduisant l'eau à un moulin. C'était vers le 25 septembre ; il n'éprouva aucun mal dans sa chûte, et loin d'être submergé, il demeura accroupi dans l'eau qui lui atteignait à peine à la ceinture. Son absence fut bientôt remarquée, mais on visita tout avant de se douter du lieu où il était; le hasard seul le fit découvrir après un assez long intervalle. Depuis ce moment, M. W... refuse toute nourriture, il répond rarement aux questions qu'on lui adresse et ses paroles se rapportent aux idées qui le dominent exclusivement.

Un médecin appelé près de lui constate le désordre des idées et croit remarquer des symptômes de paralysie. On le ramène de force en ville; il est saigné sans modification du délire, seulement on croit remarquer qu'il tremble moins et marche mieux. Il persiste à ne point vouloir manger.

Le 28, il est conduit à Maréville. Là, il faut le retirer de la voiture et le porter jusqu'a la chambre qui lui est destinée; il se laisse porter, déshabiller, coucher sans faire de résistance, mais aussi sans faire aucun effort.

Le 3, à la visite du matin, il paraît en proie à une tristesse profonde, on ne peut obtenir de lui le moindre mot. M. Archambault, médecin en chef, l'envoie au bain, exprimant le regret de le traiter comme un fou. A la première affusion, il promet de manger et prend seulement un peu de vin dans la journée.

4 octobre. — Même état. Placé dans le bain, il refuse de parler; deux affusions lui délient un peu la langue, il promet de manger et de se servir de ses jambes. En effet, il mange seul dans la journée. (2 bains de 2 heures tous les jours.)

5 octobre. — M. W... ne répond à aucune question,

mais se promène avec le médecin qui le conduit devant d'autres malades, lui explique leur délire et charge un monomaniaque gai et spirituel de le dérider. M. W... paraît prendre quelque part à ce qui lui est dit, lève les yeux et semble étonné.

6 octobre — M. W... n'ayant pas voulu manger, reçoit une affusion et promet de parler et de manger; mais dès qu'il est sorti du bain, il retombe dans le même état de résistance passive. Même chose a lieu le 7; au bain, la menace de la douche lui fait promettre d'écrire à sa femme, mais une fois sorti, on ne peut rien obtenir.

8 octobre. — Il promet de nouveau et à plusieurs reprises, d'écrire à sa femme; sorti du bain, il a pris le papier et la plume, mais sans tracer un mot : la sœur de son quartier l'exhortant à ne pas laisser sa famille dans l'inquiétude, il est sorti de son apathie ordinaire, l'a violemment repoussée, disant qu'il ne voulait pas écrire et que rien ne pouvait l'y contraindre. A la suite de ce fait, il reçoit une affusion plus forte que les précédentes; il promet alors de nouveau, mais, ajoute-t-il, je ne sais ce que je pourrai écrire, car il y a bien longtemps que ma tête est perdue. Il sort du bain, et n'écrit pas; le soir, il refuse de dîner. Les menaces ne suffisant plus, il faut avoir recours à la violence pour lui faire avaler quelques cuillerées de potage. Il reste toujours immobile. S'il est couché, il faut l'habiller; debout, il faut l'asseoir; assis, le lever. Depuis ce jour, néanmoins, il mange seul.

25 octobre. — M. W... parle plus volontiers, mais refuse toujours d'écrire; il croit toute sa famille sous les verroux, à Maréville; il a demandé plusieurs fois à visiter la maison pour s'en assurer. La veille, il a sali son pantalon, bien qu'il n'eût pas de dévoiement. Il se plaint aujourd'hui d'éprouver un frisson, cependant le pouls paraît normal.

30 octobre. — M. W... ne cesse de réitérer ses instances pour voir sa femme et ses parents que l'on tient enfermés, à ce qu'il dit. Sur sa demande, on le conduit dans tout le quartier des hommes, il refuse de voir le

quartier des femmes : « C'est, dit-il, inutile ; on peut bien cacher sa femme de manière à ce qu'il ne la retrouve pas. » Il refuse d'écrire à Metz pour s'assurer de la vérité.

(Continuation des bains.)

3 novembre. — Il croit reconnaître dans des pensionnaires de la maison plusieurs de ses amis intimes : un jeune lypémaniaque qui ne parle pas, l'occupe surtout ; il les appelle par les noms qu'il leur suppose ; les accuse de le tromper, lorsqu'ils ne lui répondent pas ; deux petits idiots sont ses neveux.

12 novembre. — Il s'est enfin décidé à écrire à son médecin ; il lui dit que sa santé s'est améliorée, le prie de le réclamer et lui demande des nouvelles de sa famille, qu'il persiste à croire enfermée à Maréville, malgré les dénégations de M. Archambault.

(Prescription d'une promenade de deux lieues chaque jour.)

20 novembre. — La physionomie de M. W... est plus ouverte, il cause plus volontiers ; il écrit à son frère une lettre analogue à celle qu'il a adressée à son médecin, mais comme il a paru craindre qu'elle ne parvînt pas, on l'envoie, accompagné de son domestique, la porter lui-même à Nancy. A la porte de la ville, il rencontre un de ses amis en qui il paraît avoir une grande confiance et la lui remet.

24 novembre. — Le frère a répondu, mais M. W... ne paraît pas persuadé.

Il se figure que son voisin de chambre et compagnon d'infortune dont l'accoutrement et la figure sont passablement excentriques, le fait toutes les nuits descendre dans d'immenses souterrains, l'arme d'un poignard et l'oblige à égorger des milliers de personnes.

30 novembre. — Un piano est placé dans la chambre de M. W..., mais il s'en occupe peu.

5 janvier 1847. — Aucun changement notable n'est survenu pendant cette période de plus d'un mois ; cependant, la physionomie est un peu moins sombre, les traits expri-

ment moins de terreur. (Les promenades sont interrompues seulement les jours où le temps est trop mauvais.)

M. W... parle moins de ses idées délirantes son maintien est meilleur.

Il a écrit à ses amis quelques lettres assez sensées ; mais il croit encore tous les siens victimes de la coalition de ses ouvriers.

Les habits qu'on lui envoie, ont été volés; il est un banqueroutier, un voleur, un assassin, il a fait tort à plus de cent mille personnes, il doit être guillotiné. La justice n'ayant pu découvrir sa retraite l'a condamné par contumace.

M. W... persistait à ne point s'occuper, l'interne prétextant alors le désir de prendre des leçons de musique, vint passer tous les jours deux heures avec lui. M. W... refusa d'abord assez opiniâtrement de faire aucune démonstration; néanmoins, il céda aux instances réitérées, d'abord avec un peu d'humeur, comme par contrainte; peu-à-peu, il s'y prêta plus volontiers, puis enfin on vit renaître le goût de la musique.

Tant qu'on l'occupe de sujets étrangers à son délire, sa conversation est agréable et très-sensée ; mais qu'on le laisse revenir à ses idées fixes, ce sont des divagations sans fin; alors les mêmes terreurs reparaissent d'autant plus vives qu'on le laisse plus longtemps se livrer à ces chimères.

Ce jour là, 5 janvier, l'interne lui parle d'un opéra qui doit être représenté à Nancy le soir même et qu'il se propose d'aller entendre; on en vante les beautés, et après un moment de conversation, M. W... laisse échapper cette exclamation : « Vous êtes bien heureux de pouvoir entendre d'aussi belle musique. » « Il ne tient qu'à vous, répond l'interne, d'y prendre part, et pour peu que vous le désiriez, M. le médecin en chef vous le permettra. »

Après quelques hésitations, il accepte. On donne à M. W... ses habits les plus propres, mais alors, il ne veut plus ; c'est une dépense qu'il ne peut pas se permettre, étant ruiné; et puis, il n'est pas digne d'aller au spectacle,

il est un trop grand criminel. L'interne lui reproche vivement sa mobilité, ne lui laisse aucun répit qu'il ne soit habillé, mais alors il ne veut plus sortir du quartier. « Vous êtes un mauvais plaisant, lui dit l'interne, vous vous riez de ma complaisance, vous avez voulu aller au spectacle, j'en ait fait la demande au Directeur et au médecin en chef qui se sont empressés d'y accéder : toutes les mesures nécessaires ont été prises. Eh bien, maintenant, vous y viendrez de force ou de gré ; s'il le faut, je vous y ferai porter et ce sera une curieuse comédie que vous donnerez aux spectateurs. »

Après bien des résistances, nous nous mettons enfin en route. Il divague tant que dure le chemin, s'arrête à chaque instant, et supplie qu'on le laisse retourner ; les gendarmes vont l'arrêter, les ouvriers de Nancy vont s'ameuter contre lui ; dans la salle, on le sifflera, on lui criera : « En prison, le voleur !... » Tous les grillages en fer qu'il rencontre ont été placés sur son chemin pour lui faire honte. (Je dois faire observer que c'est une tréfilerie et une fabrique de pointes de Paris que M. W... dirigeait.)

Arrivé à Nancy, il demande à passer la soirée chez un de ses amis ; mais tout est inutile, il faut qu'il aille au spectacle. Le dîner amène une diversion ; depuis longtemps il n'a que la nourriture monotone de l'asile ; il paraît satisfait et cause raisonnablement tout le temps du repas.

Se résignant enfin à entrer au spectacle, il implore pour dernière grâce d'être placé dans une loge grillée d'où l'on ne pourra le découvrir ; mais son compagnon est inflexible, il ira à l'orchestre d'où il pourra être vu et surtout voir convenablement. Il ne fait pas de résistance, mais il s'empare d'un coin et s'y tapit obstinément. Depuis lors, jusqu'à la fin de la représentation, il n'a plus laissé échapper la moindre folie, il a causé avec plusieurs personnes placées auprès de lui, qui n'ont pu se douter de l'état mental de leur voisin ; seulement il s'est obstinément refusé à sortir pendant les entr'actes, bien que la salle fût encombrée et qu'il y fit une chaleur accablante.

La représentation lui a fait grand plaisir, et lorsqu'à la

fin, on lui demande pourquoi ouvriers et gendarmes l'ont laissé parfaitement tranquille, il ne peut s'empêcher de sourire et ne répond pas.

Le lendemain, 6 janvier, il est content, mais ne veut pas recommencer, parce qu'il en coûte trop. Du reste, il se croit toujours criminel, banqueroutier et doit amener la famine et la peste dans tout le pays.

Le 9 février, pour combattre ses idées de ruine, M. Archambault exige que M. W... demande à son frère de l'argent pour ses plaisirs ; la lettre est faite et envoyée.

12 février. — La réponse du frère contient un bon dont M. W... va recevoir le montant.

16 février. — J'accompagne M. W... à Nancy. Pendant la route, il ne cesse de me reprocher de lui faire dépenser trop d'argent ; il se croit encore ruiné et coupable ; il s'offusque toujours de chaque morceau de fil de fer qu'il rencontre. Après quelques hésitations il se décide à entrer dans un café : là, il cause très-sensément avec des personnes qu'il voit pour la première fois. Il aperçoit, à l'autre extrémité de la salle, un de ses amis qu'il n'a pas vu depuis fort longtemps et témoigne un vif désir de lui parler. « Je le veux bien, lui dis-je, mais à la condition expresse que vous ne lui direz pas de folies. » Il s'empresse de promettre, et l'entrevue a lieu. M. S... ignorant le malheur arrivé à son ami, lui fait grand nombre de questions sur sa famille et sur ses affaires. M. W... répond parfaitement à ces demandes, qui cependant se rattachent toutes à son délire. Les deux intimes s'entretiennent fort longuement, fort gaiment, et lorsqu'enfin M. W... dit que depuis longtemps il est loin de sa famille, qu'il est séquestré parce qu'il est fou, M. S... refuse d'y croire et ne se rend que sur l'affirmation générale de leurs amis communs.

Le moment du retour venu, M. W... paie spontanément la dépense, témoigne le regret de partir aussitôt et se promet de revenir le plus tôt possible.

Dès cet instant, M. W... n'a plus donné le moindre signe de délire, ni dans ses paroles, ni dans ses actions.

Le 2 mars, il demande au médecin la permission d'é-

crire à son frère pour lui annoncer sa guérison, et le prier de venir. A peine la lettre était-elle achevée, que ce dernier arrive, et trouve M. W... exactement conforme à sa manière d'être habituelle. Ils causent longuement des affaires de famille, des affaires commerciales, de la position qu'occupera M. W... à son retour à Metz. Ils sortent ensemble, et le convalescent doit passer deux jours à Nancy.

15 mars. — M. W... est réellement bien guéri ; depuis le départ de son frère, presque chaque jour il va à Nancy, visite ses amis, va au spectacle, au concert, et aucune idée délirante ne s'est manifestée. Son caractère est extrêmement gai, très-affable et très-affectueux. Il rend compte de toutes les sensations qu'il éprouvait dans son délire. Les cris des idiots voisins de son quartier lui faisaient croire à l'égorgement de milliers de personnes dans des souterrains. La voix d'un de ces petits idiots ressemble un peu à celle de l'un de ses neveux, et c'est ce qui lui faisait croire à la présence de toute sa famille. Il affirme que c'était bien avec la résolution de se donner la mort, qu'il s'est précipité dans un ruisseau. Il ne peut s'empêcher de rire en songeant à la manière dont il barbottait dans fort peu d'eau et beaucoup de boue ; il entendait les perquisitions auxquelles tout le monde se livrait, mais l'idée de répondre, d'appeler, ne lui venait pas; c'était également le désir de mourir qui le portait à repousser toute espèce de nourriture. L'aspect d'une force à laquelle il ne pouvait résister et la vue de la sonde œsophagienne, en le persuadant qu'on parviendrait à le faire manger malgré lui, avaient seuls changé sa détermination ; du reste, toutes ses sensations avaient quelque chose d'insolite, de voilé, à tel point qu'il demande de recevoir une affusion pour en comparer l'effet à l'impression terrible dont il a gardé le souvenir.

Il explique, par la crainte à laquelle il était en proie, le tremblement qui au début avait fait redouter la paralysie générale. M. W... sort de l'Asile le 22 mars 1847. Au mois d'octobre suivant, j'ai eu occasion de le voir dans sa famille. Sa santé physique et morale s'est parfaitement maintenue. Il a repris d'autres occupations toujours dans la même affaire;

j'ai été témoin de sa vie paisible auprès d'une femme et d'un enfant qu'il chérit, et dont l'affection ne lui manque pas. C'était l'anniversaire de son entrée à Maréville. Tous ses amis redoutaient ce moment. De pénibles souvenirs lui ont été rappelés, mais sa raison n'en a subi aucun ébranlement. Il m'a conduit lui-même, et c'était la première fois qu'il reparaissait sur les lieux, depuis la terrible catastrophe, sur le théâtre du sinistre, m'en a expliqué les phases, m'a montré le ruisseau où il s'était jeté. — Je n'ai pu voir sans une douce émotion, l'empressement dont l'entouraient ces ouvriers, pour qui il avait toujours été juste et bon.

M. W... est demeuré l'un de mes meilleurs amis ; je n'ai pas cessé d'être en correspondance avec lui; sa dernière lettre, qui date de quelques mois (juillet 1855), m'annonçait la perte d'un enfant. Sa raison n'en a point été ébranlée. Il n'a pas cessé un instant de remplir ses devoirs professionnels avec la même intelligence qu'avant sa maladie. Sa guérison est donc bien complète.

Cette observation nous montre un fait qui n'offre rien de bien exceptionnel et peut même être considéré comme un type de la forme d'aliénation mentale nommée par Esquirol lypémanie. Néanmoins, certaines circonstances me semblent dignes d'appeler l'attention, et je les signalerai en quelques lignes.

Je constaterai d'abord la prédisposition héréditaire omise dans le cours de l'observation, parce que je n'ai obtenu de renseignements précis à ce sujet qu'après l'époque (juillet 1847) où elle a été rédigée.

M. W... est le premier de sa famille qui ait eu un véritable accès d'aliénation mentale ; cependant son père, Ministre luthérien, avait été pendant dix-huit mois, vers l'âge de 36 à 38 ans, dans un état de tristesse, de dégoût de la vie qui lui faisait négliger et presque abandonner les devoirs de son ministère et le soin de sa famille. Cet état s'est dissipé spontanément. Vers le même âge, le frère aîné de M. W... présenta un phénomène à peu-près de tous points identique. Enfin, le 2e frère, de quelques années plus âgé que

Louis, habitant une des principales villes de la Prusse Rhénane, fut en 1848 désigné pour faire partie du jury appelé à juger les auteurs d'une insurrection. A peine le jugement fut-il prononcé, que M. W... manifesta des scrupules extraordinaires, il se prétendait coupable de n'avoir pas prêté une assez grande attention aux débats ; puis survinrent des hallucinations, il voyait des insurgés partout. Enfin, il tomba dans un état fort analogue à celui où j'avais vu son frère Louis. La famille le fit venir d'Allemagne et le plaça à Maréville que je quittai peu de temps après ; je n'ai pu suivre la maladie, mais j'ai su que le malheureux ne s'est pas rétabli, et qu'il est encore dans une maison de santé en Allemagne où habitent sa femme et ses enfants.

De toutes les causes éloignées de la folie, l'hérédité est incontestablement la plus fréquente. Malgré les efforts que font la plupart des familles pour cacher cette fâcheuse prédisposition qu'on voudrait se dissimuler à soi-même, Esquirol l'a constatée 22 fois sur 100 dans son service de la Salpétrière, 24 fois et demie dans la statistique de Charenton, et 57 fois sur 100 dans sa maison de santé.

M. Archambault, dans ses relevés sur Maréville qu'il n'a point encore publiés, mais qu'il a bien voulu me communiquer, est parvenu à établir que, 55 fois sur 100, il a existé des aliénés chez les ascendants, descendants ou collatéraux proches. Spécialement à la lypémanie, M. Archambault a trouvé l'hérédité 59 fois sur 89 malades ; c'est l'énorme rapport de 67 pour 100. Pour M. Moreau, de Tours, qui considère comme prédisposition héréditaire à l'aliénation mentale non-seulement toutes les maladies cérébrales de quelque nature qu'elles soient, toutes les bizarreries de caractères, mais encore toutes les névroses, il ne peut guère rencontrer d'aliéné qui n'ait eu dans sa famille quelque affection de ce genre.

C'est de 25 à 35 ans, suivant Esquirol, que l'on rencontre le plus fréquemment la lypémanie ; cependant, elle est encore très-fréquente jusqu'à 45 ans. Ainsi, c'est à 34 ans, que Louis W... devient triste, que son caractère, ses habitudes se modifient, bien qu'il soit encore au début d'un

mariage qui a mis le comble à tous ses vœux, et dans une position industrielle de nature à lui faire espérer un avenir de tous points satisfaisant. Peut-être eût-il éprouvé seulement comme son père et son frère aîné un état de spleen de quelques mois de durée, sans la terrible catastrophe qui vint subitement le plonger dans le délire mélancolique le plus profond. Quoi qu'il en soit, la gravité même des accidents fut probablement pour lui une circonstance heureuse; on n'hésita pas, comme il arrive trop souvent, à le mettre dans des conditions de traitement favorables.

Un des accidents les plus redoutables de la lypémanie, est certainement l'idée fixe qu'ont presque tous ces malades de se laisser mourir de faim. Dans le cas actuel, nous voyons l'aliéné vaincu par l'aspect d'une force imposante et par la persuasion qu'au moyen de la sonde œsophagienne, on parviendra à le faire vivre malgré lui. Malheureusement, il est loin d'en être toujours ainsi; cela se rencontre quelquefois chez les hommes, très-rarement parmi les femmes. Mais il est bien plus ordinaire de voir les lypémaniaques lutter jusqu'à la dernière extrémité, s'efforcer, en contractant énergiquement les muscles du pharynx, d'opposer une barrière au passage de la sonde; ils y réussissent quelquefois; on en a vu même par des régurgitations volontaires, vomir aussitôt après le retrait de la sonde les aliments introduits de force dans l'estomac.

Sa passion pour la musique fut certainement pour Louis W... d'un très-grand secours; c'est à son aide que je suis parvenu à occuper un peu l'esprit du malade. Il n'y a point de chances de guérison pour le monomaniaque ou le lypémaniaque, tant qu'on ne peut, par une occupation quelconque, soustraire sa pensée aux idées fixes qui l'assiégent. Il s'établit dans ce cas un cercle vicieux trop fréquent en pathologie; l'effet devient générateur de la cause; la maladie enfante l'idée fixe, et à son tour l'idée fixe entretient la maladie.

Pour que l'aliéné commence à s'occuper utilement, il faut qu'il ait subi une amélioration très-sensible; cependant, il est encore loin d'être guéri; c'est même là l'époque la

plus critique du traitement, c'est alors que va se décider cette terrible question : le malade guérira-t-il, ou son aliénation va-t-elle passer à l'état chronique ? Tous les travaux exécutés dans les asiles par des aliénés incurables témoignent énergiquement qu'il reste encore beaucoup à faire au moment où l'on est parvenu à obtenir que le malheureux laisse un peu de côté ses idées fixes pour une occupation en rapport avec ses habitudes antérieures.

Je m'arrêterai un instant sur la cessation brusque et complète du délire. Je n'ai rencontré aucun autre exemple d'une modification aussi rapidement radicale. En quelques instants, la physionomie, le maintien, les idées subirent une métamorphose absolue. Les traits tout-à-l'heure contractés, exprimant l'appréhension et la contrainte, firent place à une expression ouverte et enjouée qui est la manière d'être habituelle de Louis W... ; il devient tout-à-coup et demeure aussi gai qu'il était morose, aussi content qu'il était taciturne.

Les détails de l'observation auront suffi, je pense, pour faire apprécier la méthode de traitement. Dans la première période, les douches ont été employées comme moyen perturbant pour rappeler en quelque sorte à la vie extérieure le malade absorbé par ses idées sinistres et ses hallucinations. En même temps on avait recours aux bains prolongés et à de longues promenades, pour amener par la vue d'objets nouveaux et par la lassitude quelques idées d'un ordre différent et surtout un peu de sommeil si rare et si précieux pour les aliénés. Enfin, du moment que son esprit devient accessible à la distraction, c'est de ce côté que se portent tous les efforts. Le plaisir est imposé au malade avec une volonté énergique et persistante qui ne lui laisse aucun répit, ses idées fausses sont attaquées de front, sans qu'il soit jamais fait la moindre concession *apparente*. Je dis *apparente*, car en cela, les aliénés ressemblent aux enfants ; la faiblesse physique et intellectuelle exigent qu'on se départisse fréquemment de sa rigueur ; mais alors de même qu'on feint d'ignorer la faute qu'on ne veut pas punir, il faut laisser croire à l'aliéné que son retour à ses idées

fausses n'a point été aperçu. C'est là une des nombreuses appréciations dans lesquelles doit se manifester le tact du médecin aliéniste.

DE CERTAINS PHÉNOMÈNES hystériformes avec suppression passagère de la menstruation pouvant laisser soupçonner à tort un commencement de grossesse, par le Dr AUBINAIS, *président du jury de médecine du département de la Loire-Inférieure.*

La menstruation, cette fonction si importante que l'on a pu dire qu'elle domine à la fois la physiologie et la pathologie de la femme, se supprime rarement, même pour une courte durée de temps, sans susciter dans l'organisme des troubles plus ou moins notables. Ces troubles fonctionnels sont surtout la suite des atteintes portées par cette suppression à l'innervation. Multiples et protéiformes, les accidents spasmodiques que la disparution des menstrues entraîne, empruntent un cachet tout particulier à chaque idiosyncrasie, se modifient suivant chaque organisation : c'est ce qui explique leur diversité.

Quelquefois des phénomènes de nature hystérique coïncident avec la disparition des règles, et l'on est fort embarrassé pour savoir si ces phénomènes sont la cause ou l'effet de cette suppression. Le plus souvent, ils en sont l'effet; ils peuvent pourtant en être la cause. L'embarras dans lequel se trouve le médecin augmente, s'il est en droit de soupçonner un commencement de grossesse; aussi, est-ce tou-

jours avec une extrême prudence, avec la plus grande réserve qu'il formulera son opinion, surtout s'il est consulté par une personne qui n'est pas mariée, qui est veuve, ou dont il suspecte la moralité.

Existe-t-il des signes propres à faire reconnaître, d'une manière infaillible, la vraie grossesse, et si ces signes existent, à quelle époque de la grossesse se montrent-ils? On connaît l'état de la science au sujet de ce problème fort complexe et l'un des plus importants que l'obstétrique ait à résoudre. On a pesé le degré de confiance que chaque signe de la grossesse inspire, et je ne puis mieux faire que de renvoyer pour l'étude de cette question, pour la solution de ce problème aux ouvrages *ex professo*. Qu'il me suffise de dire, pour prouver toutes les obscurités qui enveloppent encore la science, que dans certains cas, à la vérité très-exceptionnels, le problème a paru tellement difficile à résoudre, que l'on n'a pu acquérir qu'une certitude de probabilité même à l'époque de la grossesse où ordinairement le toucher et l'auscultation ne laissent plus de prise au doute, et cependant les accoucheurs qui hésitaient encore à se prononcer étaient fort experts dans la pratique du toucher, dans le maniement du stéthoscope : ils avaient aussi cherché des enseignements dans les études de M. Jacquemin, sur la coloration plus foncée dans l'état de gestation que dans l'état de vacuité de l'utérus de la membrane muqueuse vulvo-vaginale : ils n'avaient pas non plus négligé de tenir compte des remarques de M. Montgommerie sur les changements particuliers que subit pendant l'époque de la grossesse l'aréole du mamelon; enfin, et à l'imitation de MM. les professeurs Andral et Gavarret, ils avaient examiné le sang, analysé l'urine suivant le procédé de M. Donné.

Le diagnostic de la grossesse devient d'autant plus difficile, que la grossesse est moins avancée : en effet, ainsi que je l'ai dit dans un autre travail : « Pendant les trois premiers mois de la gestation, le col utérin est trop haut placé pour pouvoir être facilement exploré par le doigt, et cette exploration fût-elle même facile, elle ne saurait rien

apprendre, puisque le col n'a encore subi aucun changement appréciable. La petite quantité de liquide amniotique contenue alors dans la cavité de l'utérus rend aussi fort confuse la sensation éprouvée par le doigt ou les mouvements passifs du fœtus, ce que l'on appelle *le ballottement*. Quant à la perception des deux bruits différents qui, selon M. de Kergaradec, annoncent la présence dans l'utérus du fœtus, à savoir : *le bruit placentaire* également appelé *bruit de souffle* et *le bruit à doubles battements* ou *bruit du cœur du fœtus*, cette perception ne peut se distinguer pendant les trois premiers mois, le produit de la conception étant, jusqu'à cette époque, à l'état embryonnaire. »

Toutes ces considérations font que, pendant les trois premiers mois de la grossesse, le diagnostic de la grossesse est tellement obscur, qu'une Société de Médecine consultée à l'occasion d'une accusation juridique, s'il existait un signe *certain, infaillible* de reconnaître la grossesse pendant les trois premiers mois de la gestation, crut devoir répondre que ce signe n'existait pas. Dans l'état actuel de la science, c'était, en effet, la seule réponse que l'on pouvait donner.

C'est surtout chez les femmes en proie à l'hystérie que le diagnostic des premiers temps de la grossesse est hérissé de difficultés : chez certaines hystériques, il se développe quelquefois des accidents tellement propres à masquer la grossesse, qu'ils exigent, pour que la lumière se fasse, une attention toute particulière. Cette attention, bien que soigneuse, ne conduit pas toujours à la conviction, et il suffit qu'une place soit laissée au doute dans l'esprit du médecin, pour que celui-ci n'émette son opinion qu'avec une extrême réserve, avec la dernière prudence. C'est dans le but de servir au diagnostic de ces grossesses douteuses chez les femmes hystériques, que j'extrais de mon portefeuille trois observations, que j'avais rédigées dans le temps, me promettant de les communiquer à une Société savante, quand l'occasion s'en présenterait.

Première observation.

Une jeune personne, douée d'une constitution nerveuse, révélée par des cheveux noirs, une peau brune et brûlante, de l'amaigrissement, fut prise, dans le courant d'un voyage, d'accidents spasmodiques extrêmement intenses. Appelé près d'elle, il me fut facile de constater de suite que l'attaque de nerfs se rattachait à l'hystérie, car la sensation de ce que l'on a appelé *la boule hystérique*, était parfaitement caractérisée. J'attendais l'effet d'une potion anti-spasmodique, lorsqu'une question que j'adressai à la mère: « Mademoiselle est-elle bien réglée? » me valut les confidences suivantes:

La jeune personne avait aimé éperduement un jeune homme, sans fortune, sans état et d'habitudes fort légères. Les parents de la demoiselle s'étant refusés au mariage, le jeune homme avait trouvé le moyen de la séduire: cependant, une seule cohabitation avait eu lieu, et justement *pendant le flux menstruel;* toutefois, les règles, jusque là régulières, avaient disparu à dater de ce moment, et l'acte sexuel, dont la jeune personne avait fait immédiatement l'aveu à sa mère, remontait déjà à quatre-vingt-quinze jours. Les accidents hystériformes avaient précédé de plusieurs mois la cohabitation: ils étaient évidemment sous l'action de l'orgasme utérin produit par les assiduités du jeune homme. Un médecin avait essayé de calmer ces accidents par de petites applications de sangsues aux cuisses, diverses potions calmantes, et, chose surprenante ou plutôt qui ne saurait surprendre, la mère et la jeune personne étaient restées seules confidentes de ce qui s'était passé: le père, le médecin étaient bien loin de le soupçonner, et c'était d'après l'avis du médecin qu'on se rendait aux bains de mer, près la source ferrugineuse de Préfailles. Les bains de mer chauds, l'eau ferrugineuse, des courses à cheval avaient été conseillés en même temps que la cessation de toute médication pharmaceutique.

Cependant, la mère, cruellement tourmentée par la pensée d'une grossesse, que la cessation des règles rendait à ses yeux plus que probable, avait tellement fait participer sa fille à son tourment, que celle-ci passait les nuits à pleurer. Cette insomnie soutenue n'avait pas peu contribué à agacer le système nerveux et à aggraver les accidents spasmodiques.

Honoré d'une confiance absolue, par suite de cette confidence, il me fut permis de chercher à apprécier si les craintes inspirées par la supposition d'une grossesse étaient réellement fondées. Il me paraissait, en effet, peu ordinaire, en admettant que le récit que l'on venait de me faire ne contînt que l'exacte vérité (et il paraissait empreint d'une candide véracité), qu'une seule approche sexuelle chez une personne jusque là vierge, approche *pendant le flux menstruel*, eût entraîné aussi facilement la conception. Mon doute s'augmentait surtout de cette circonstance qui m'était apprise, que le coït avait été pratiqué *debout et à la dérobée*.

Dans le but d'abréger cette observation, je dirai de suite que la palpation de l'abdomen la plus soigneuse éloignait tout d'abord de la supposition d'une grossesse qui devait entrer dans son quatrième mois. Il était impossible de trouver le moindre développement à l'utérus; mais, combien ne fus-je pas rassuré lorsque je trouvai l'anneau vulvaire tellement intact que le bout du doigt index ne pouvait y pénétrer! Pour arriver au col utérin, il eut fallu forcer l'anneau vulvaire, et cette douloureuse dilatation ne me parut pas nécessaire. J'insistai tellement sur la particularité que le coït ne me semblait nullement avoir été consommé, que je versai du baume dans le cœur de la mère et de sa demoiselle. Je leur promis d'aller les visiter de temps à autre à Préfailles, conseillant à la jeune personne de n'employer aucun médicament; de prendre, chaque jour, un bain de mer chauffé à la température du corps; de faire, en mangeant, usage de l'eau ferrugineuse de la source de Kirouard, laquelle eau devait être mélangée à un quart de vieux vin de Bordeaux. Je joignis à ces moyens le conseil de faire, chaque jour, une promenade à âne. Au bout de

quelques jours de ce traitement, les phénomènes spasmodiques perdirent de leur fréquence et de leur intensité. Après un séjour de cinq semaines sur le bord de la mer, l'évacuation menstruelle reparut, et tout se passa d'une manière si normale, que le doute élevé sur une grossesse ne fut plus permis. Ces dames passèrent encore trois semaines à Préfailles, puis elles revinrent joyeuses à leur domicile. Une lettre de remercîments, que je reçus quelque temps après, m'apprit que la santé était parfaitement recouvrée.

Deuxième observation.

Une jeune fille, victime d'une brutale séduction, devient tout d'un coup sujette à des accidents hystériformes qu'elle n'avait jamais éprouvés. La mère, mise immédiatement dans la confidence de ce fait, attribue ce nouvel état aux vives émotions de sa fille. On se borne à des infusions de tilleul, à l'eau de fleurs d'oranger, à quelques gouttes d'éther, et l'on espère que les règles, qui doivent venir dans quelques jours, mettront fin à ces désordres du système nerveux.

Cependant, l'époque menstruelle si ardemment attendue manque entièrement, et, à dater de cette suppression, les accidents spasmodiques se rapprochent tellement que je suis appelé... J'assiste à une attaque franche d'hystérie, et bientôt je suis mis au courant par la mère de la jeune personne de tout ce qui s'est passé.

Rien, assurément, dans l'examen des organes génitaux, n'eût pu éclairer sur l'existence de la grossesse, car le rapprochement sexuel ne datait que d'une quinzaine de jours; aussi, sans me livrer à aucune investigation, je me bornai à prescrire une potion dans laquelle j'associai la valériane à l'opium, et j'engageai la mère à rentrer dans sa famille, car déjà tout le monde parlait des attaques de nerfs de Mlle X.... Je crus devoir remettre, pour le médecin de cette famille, une lettre dans laquelle je lui donnais connaissance de la confidence qui m'avait été faite et dans

laquelle, élevant des doutes sur la grossesse, j'insistais sur des cataplasmes laudanisés appposés à la région hypogastrique, sur des quarts de lavements émollients avec addition de quelques gouttes de teinture de musc, et de quelques gouttes de laudanum de Sydenham, supposant que les phénomènes hystériques, ainsi que la disparition des menstrues, pouvaient se trouver sous la dépendance de l'orgasme utérin. Je parlai, toutefois, mais avec une extrême réserve, de la possibilité à la rigueur d'un commencement de grossesse. Au bout de deux mois, je reçus de mon honorable confrère une lettre qui m'annonçait que les menstrues venaient de reparaître, que rien, dans l'examen du flux menstruel, ne légitimait le soupçon d'une grossesse. J'ai su, depuis, que la médication calmante que j'avais conseillée avait été régulièrement suivie; qu'à dater de la réapparition des règles, les spasmes hystériques s'étaient amoindris et que le retour à la santé ne s'était pas fait attendre.

Troisième et dernière observation.

Un jeune homme, se trouvant seul avec une jeune femme de chambre, consomma l'acte sexuel. Pendant les trois jours qui suivirent cette cohabitation, des accidents hystériques se manifestèrent avec une telle fréquence et une telle intensité chez cette jeune fille, que je crus devoir conseiller de l'envoyer à la campagne, chez ses parents.

Jusqu'à l'époque de la cohabitation, les règles, malgré les spasmes hystériques, s'étaient montrées régulières; mais, à dater de l'acte sexuel, les menstrues ne reparurent pas. Le séjour à la campagne et les quelques calmants que le médecin de la localité avait conseillés, n'avaient diminué en rien la fréquence et l'intensité des phénomènes hystériques, et bientôt ce médecin, bien que la jeune fille ne lui eût pas fait la confidence de sa faute, soupçonna une grossesse. Il m'en écrivit confidentiellement. Je crus devoir en parler au jeune homme avec qui je supposais que la

fille avait eu des relations. Celui-ci me confessa toute la vérité; vérité qui me fut confirmée plus tard par cette fille, que j'ai accouchée. La date de l'accouchement sanctionna la date de la réunion sexuelle. Si l'on en croit cette fille, et je n'ai assurément aucune raison à alléguer contre la vérité de sa déclaration, *elle était vierge* au moment du coït. Cette déclaration semble au contraire confirmée par la remarque du jeune homme, qui assure que le coït fut douloureux et qu'il fut accompagné d'effusion de sang: « *Apud virgines prima nox est cruenta.* »

Réflexions.

Chaque médecin, faisant un appel à ses souvenirs, pourrait, sans aucun doute, citer des faits analogues à ceux que je viens de relater. Il ressort de la vulgarité même de ces faits, que l'hystérie a son siége dans la matrice et que ce n'est pas une affection cérébrale, ainsi que plusieurs auteurs l'ont écrit en faisant considérer que cette prétendue névrose des organes de la génération se développe quelquefois chez l'homme. Il est vrai que certains hommes ont présenté des phénomènes hystériformes; mais si on examine avec soin toute la série des troubles dans les centres nerveux qui constitue ces phénomènes, on verra que ce n'est pas là la véritable hystérie de la femme. Celle-ci est toujours sous l'étroite dépendance de l'orgasme utérin. Toute excitation de d'autres organes qui ont des corrélations intimes avec la matrice, comme le clitoris, le mamelon, peut faire naître des phénomènes hystériformes; mais, assurément, ces troubles fonctionnels n'offrent pas la sensation de cette boule qui semble s'élever de la matrice jusqu'à la poitrine et au cou, et qui produit cet étouffement, cette strangulation *sui generis* que l'on connaît, sensation qui est si caractéristique de l'hystérie.

Lorsque l'hystérie se développe sous des causes diverses chez une personne jusque là régulièrement menstruée, elle suscite quelquefois des dérangements dans la fonction de la

menstruation : ces troubles peuvent aller jusqu'à la suspension de cette fonction ; alors, si le coït a coïncidé avec cette période hystérique, on peut soupçonner un commencement de grossesse, et ce soupçon peut pourtant porter a faux. Les deux premières observations que j'ai rapportées confirment, au milieu de tant d'autres, la vérité de ce fait, et impliquent l'obligation, pour le médecin, de ne présenter son opinion qu'avec la dernière réserve, lorsqu'il est appelé à se prononcer en pareille occurrence.

Chez certaines femmes, dès le début de la grossesse, des phénomènes hystériformes apparaissent et semblent être sous l'étroite dépendance de ce nouvel état physiologique de l'utérus ; mais, chez certaines femmes aussi, et alors qu'il n'y a pas un commencement de grossesse, il se montre dans les premiers temps du mariage et sous l'empire de l'excitation des organes génitaux des phénomènes également hystériformes qui font d'autant plus croire à la gestation qu'ils s'accompagnent de suspension temporaire de la menstruation. Ce n'est que lorsque la grossesse a pu se dégager à travers ces désordres spasmodiques, qu'on peut la diagnostiquer à l'aide d'un ensemble de signes bien connus, dont les plus convaincants sont révélés par le toucher et l'auscultation. Jusqu'à ce que les signes pathognomoniques de la grossesse aient pu être reconnus, le médecin qui respecte sa profession ne doit jamais rien affirmer, car le temps a souvent donné des démentis à de téméraires affirmations.

Dans la dernière observation, on voit une grossesse chez une fille vierge être la conséquence d'une seule cohabitation. Il est vrai que l'acte sexuel avait dû être entièrement consommé : car la verge avait évidemment forcé, en le déchirant, l'anneau vulvaire, à en juger par l'effusion du sang au dehors de la vulve. Ces cas de grossesse, après une première et unique cohabitation, ne constituent pas la règle ; ils constituent, chez la femme, l'exception ; tandis que dans les races bovine, équine, porcine, canine, féline, la femelle est presque toujours fécondée par le seul fait d'une seule approche, si le coït a été consommé. Il est vrai

que, chez la fille dont il est question, l'utérus était disposé à la conception par ce surcroît de vitalité que l'on a appelée orgasme utérin. Vitalité surexcitée des organes génitaux qui s'était manifestée par des phénomènes hystériques. Chez la femme, en effet, selon plusieurs auteurs, un certain orgasme des ovaires et de l'utérus paraît nécessaire à la fécondation. Cet orgasme exige même une certaine durée de temps, et l'on a cru remarquer que, dans la majorité des cas, la femme qui ne porte avec elle aucune cause de stérilité ne devenait guère grosse qu'après la première quinzaine du mariage ; mais je crois que, dans cette appréciation, l'on a trop perdu de vue les obstacles que l'intégrité des organes génitaux (je parle de la femme vierge) oppose à la perpétration de l'acte sexuel. La nature se montre néanmoins quelquefois très-ponctuelle dans l'accomplissement de la fonction physiologique qui lui est dévolue, et, à ce sujet, qu'il me soit permis de citer le fait curieux dont j'ai été témoin : Deux sœurs, âgées l'une de 25 ans, l'autre de 20 ans, ayant été élevées d'une manière si religieuse qu'il n'est pas permis de suspecter leur moralité, se marient le même jour à deux marins vigoureusement constitués. Le navire qu'ils doivent monter est retenu par un vent contraire ; mais la première nuit du mariage s'est à peine écoulée qu'un vent favorable force le capitaine à lever l'ancre : nos deux marins sont arrachés à la couche nuptiale. Les deux femmes accouchent le même jour et juste à la fin du neuvième mois. Les faits de cette nature ne sont pas rares.

L'on voit même, assez souvent, de jeunes mariées fort vertueuses, qui sont vivement contrariées d'accoucher avant le neuvième mois révolu, à dater du jour de leur mariage : elles se consoleraient si elles savaient que la science n'est pas encore parvenue à dissiper les incertitudes qui enveloppent la fixation par la nature du terme de la grossesse, bien que des travaux sérieux aient été entrepris dans le but d'élucider cette question. Il est au moins positif que les neuf mois qui constituent, scientifiquement parlant, le terme naturel de la grossesse, ne sont pas les

mois du Calendrier. Toujours est-il que quelques faits prouvent, d'une manière péremptoire, que des vierges sont fécondées par le premier acte sexuel, même en dehors de tout orgasme utérin, témoins les cas de viol où la défloration a été le résultat de la force brutale.

Pendant les premiers mois de la gestation et quelquefois même pendant tout le temps de la gestation, il n'est pas rare d'observer des phénomènes hystériques chez des femmes qui n'y étaient pas sujettes dans l'état de vacuité de l'utérus. C'est à cet état de spasmes qu'il faut rapporter la construction du pharynx et de l'œsophage, qui donne à la femme la sensation d'un corps étranger arrêté dans le gosier : d'autres fois, ces spasmes sont suivis de ce que l'on a appelé *le vertige épileptique*, que l'on ne doit pas confondre avec la syncope, et encore moins avec l'éclampsie, qui est une sorte d'épilepsie aiguë, qui tient à des causes diverses et qui a toujours un caractère de gravité.

Nous avons vu, dans la première observation, que l'on redoutait une grossesse commençante chez une jeune personne hystérique, qui avait subi, *pendant l'époque menstruelle, une seule approche sexuelle*, et dont l'examen du vagin dénotait l'intégrité de l'anneau vulvaire, d'où l'on peut induire que l'introduction de la verge a été fort incomplète.

Il est positif qu'il n'est pas nécessaire que la verge soit introduite profondément dans le vagin pour que la fécondation s'accomplisse. L'on comprend que, dans la fonction du coït, le fluide spermatique est lancé au moment de l'éjaculation jusqu'à l'ouverture de l'utérus par l'anneau vulvaire, bien que celui-ci soit intact, ou par toute ouverture de la cloison que peut former la membrane hymen. On ne croit plus aujourd'hui à la puissance fécondante de l'*aura seminalis*, à son arrivée à la cavité utérine par les pores de la cloison que l'hymen, restée intacte, peut présenter de manière à opérer l'occlusion complète du vagin. Il y a assurément du merveilleux dans tout ce que l'on a dit et écrit à ce sujet. Si l'on avait apporté plus de soin à la constatation de ces faits de conception où l'on assure avoir

trouvé la membrane hymen entièrement intacte et obturant entièrement le vagin, on eût trouvé sur un point de cette cloison un pertuis par lequel le sperme a pu arriver à l'utérus. Il faut que le sperme pénètre dans la cavité utérine pour que la conception puisse avoir lieu, et la principale cause de stérilité chez la femme dépend, selon moi, des obstacles anatomiques qui s'opposent à la libre entrée de la liqueur spermatique dans la cavité utérine. Dans un autre travail, je traiterai cette question, car j'ai par devers moi des faits de fécondation qui n'ont pu se réaliser chez des femmes jusque là stériles, que lorsque je suis parvenu à vaincre et détruire les obstacles qui empêchaient le sperme d'entrer dans la cavité utérine. On comprend que je veux surtout parler ici du redressement du col utérin ; mais je m'aperçois que je donne trop de développement aux simples notes que j'avais recueillies, afin de servir à l'histoire de l'hystérie dans ses rapports avec le diagnostic de la grossesse : diagnostic que l'hystérie masque et rend quelquefois très-difficile.

Nantes, 1er février 1856.

NOTE sur une tumeur hydatique abdominale ; ruptures spontanées et périodiques du kyste, suivies de l'excrétion de son contenu par la voie intestinale ; persistance de la tumeur et des phénomènes énoncés ci-dessus, par M. Le Houx, *docteur-médecin.*

Messieurs, ce fut au mois de mai 1849 que je vis pour la première fois la personne, sujet de cette observation, qui

m'a paru présenter assez d'intérêt pour pouvoir vous être communiquée. Cette malade me fut confiée à cette époque par le docteur Bernard, de Frossay, praticien émérite de la médecine rurale ; toutefois, celui-ci voulut bien consentir à partager avec moi la direction du traitement et me prêter le concours de ses conseils et de sa longue expérience, concours d'autant plus précieux que je débutais alors dans la carrière médicale.

Anne O... exerce la profession de lingère, à la campagne ; elle est célibataire, d'un tempérament nerveux très-prononcé et a aujourd'hui 37 ans. Depuis sa puberté jusqu'à ce jour, sa santé a toujours été fort mauvaise. A 18 ans, elle demeura privée de la vue pendant quelque temps, à la suite d'une affection cérébrale ou typhoïque. Sans parler de tous les troubles nombreux auxquels sa santé fut en proie durant le cours de son existence, les fonctions menstruelles mal établies, déviées ou suspendues à diverses reprises, ont été pour elle l'occasion fréquente de mille souffrances et accidents divers. L'hémorrhagie physiologique était souvent suppléée soit par des hémoptysies soit par des hémorrhagies oculaires, nasales, cutanées. Puis, c'étaient des névralgies atroces se succédant les unes aux autres, de telle sorte que cette pauvre fille a présenté dans sa vie comme un tableau abrégé des perturbations nerveuses et sanguines devenant tour à tour causes et effets les unes des autres.

Cinq à six mois avant d'être soumise pour la première fois à notre examen, elle avait failli mourir au milieu des symptômes d'une péritonite intense. Au mois de mai 1849, nous pûmes constater chez elle l'existence d'un état chloro-anémique des plus prononcés, lequel nous parut dominer tous les autres phénomènes pathologiques. Rien n'y manquait : peau de même que les ongles, pâle, exsangue, offrant la blancheur mate de la cire ; veine sous-cutanées affaissées, presque vides et à peine perceptibles ; oppression ; palpitations ; souffles cardiaque et carotidien, etc.

Pendant longtemps jusqu'au commencement de 1852, il nous fut impossible de reconnaître chez cette malade

autre chose que des névralgies intenses, se répétant, à des intervalles irréguliers, névralgies faciale, crânienne, gastralgie, entéralgie déterminant souvent, par l'excès et la continuité de la douleur, de véritables convulsions hystériformes suivies de défaillance et de lipothymies, et durant lesquelles les battements et les bruits du cœur avaient une énergie telle qu'on se prenait à appréhender une rupture immédiate de cet organe. Puis, à la sortie de ces crises effrayantes, se montraient, comme par le passé, des hémoptysies, des syncopes suivies d'une faiblesse extrême. Presque toujours l'appétit était nul ou l'estomac rejetait tout ou partie des aliments. En résumé, de 1849 à 1852, l'état des choses fut celui-ci : Pertes de sang, pertes nerveuses répétées et presque incessantes; insomnies; alimentation réparatrice insuffisante, et malgré tout cela pas d'amaigrissement notable. Joignez à ces conditions physiques une sensibilité morale exquise, une impressionnabilité nerveuse poussée à l'excès, mises l'une et l'autre pendant tout ce laps de temps aux plus rudes épreuves par des chagrins domestiques et de violentes émotions.

Jusqu'alors M. le docteur Bernard et moi, nous avions cru devoir nous borner à prescrire en principe (car les difficultés de l'application étaient nombreuses, vu l'intolérance et la susceptibilité excessive des organes), un régime substantiel analeptique, et une médication tonique où le fer entrait avec les amers comme base essentielle. Mais il fallut trop souvent suspendre ce traitement pour faire exclusivement la médecine des symptômes et administrer soit le sulfate de quinine contre la périodicité des névralgies, soit les narcotiques de tous genres contre la douleur, soit la digitale contre la vivacité des battements cardiaques, soit enfin les astringents contre les hémorrhagies, etc. Malgré un état aussi constitutionnel et aussi invétéré, en l'absence de toute lésion anatomique des solides, du moins reconnue par nous, nous ne pouvions ni ne voulions surtout désespérer de notre malade; telle était notre situation d'esprit, lorsqu'au commencement de 1852, la malade appela pour la première fois notre attention sur la présence d'une tumeur douloureuse qu'elle avait découverte quelque

jours auparavant dans la fosse iliaque gauche, dans cet endroit même d'où irradiaient le plus souvent les douleurs attribuées à une entéralgie.

Cette tumeur, peu sensible encore à la vue, était parfaitement appréciable au toucher : d'une dureté pierreuse, non mobile, bosselée, non adhérente aux os, du moins dans la partie accessible à la main, mate à la percussion, excessivement douloureuse à la pression, elle s'étendait de la région pubienne jusque vers l'hypochondre gauche d'où elle se prolongeait en mourant vers l'ombilic; nous n'y perçûmes jamais ni fluctuation, ni bruit d'aucune sorte. De quelle nature était cette tumeur? A quelle époque remontait son origine? Quels étaient son siége précis et ses rapports? Etait-ce une tumeur scrofuleuse, cancéreuse, tuberculeuse, séreuse, polypeuse ou simplement hypertrophique? Siégeait-elle dans l'ovaire, dans le rein, dans la rate, dans l'utérus, dans les parois de l'intestin? Fallait-il faire remonter son origine à la péritonite dont nous avons parlé plus haut? Autant de questions qu'il nous fallut laisser indécises pour la plupart. Restaient les indications à remplir; nous crûmes y satisfaire par une médecine d'abord palliative et nécessitée par la douleur devenant de plus en plus intolérable au fur et à mesure que la tumeur prenait plus de volume et que le ventre se ballonnait sous l'influence de ces deux causes réunies.

Nous eûmes donc recours à des applications émollientes et narcotiques, plus spécialement à des bains tièdes qui, bien que contre indiqués comme débilitants, parvenaient souvent seuls à soulager la patiente. A ces moyens, nous joignîmes, successivement ou simultanément, l'emploi des mercuriaux, de la ciguë, des vésicatoires, des iodures de potassium et de fer, et, enfin, de purgatifs doux. Mais le mal augmentait toujours, et la marche et le mouvement devinrent bientôt impossibles, grâce à la douleur et aux tiraillements occasionnés probablement par les adhérences de la tumeur.

Déjà plusieurs hémorrhagies intestinales avaient eu lieu, lorsqu'au mois de décembre 1852, presque un an après la manifestation de l'existence de la tumeur

abdominale, nous vîmes une nouvelle phase de la maladie se dérouler devant nous.

Les douleurs abdominales étant devenues intolérables, le ventre énormément ballonné et la tumeur plus développée et plus sensible que jamais, on avait plongé, selon l'habitude contractée lors de ces exaspérations, la malade dans un bain tiède. A la sortie du bain, à la suite d'efforts très-douloureux pour aller à la selle, elle avait éprouvé une syncope, et, en vidant le vase de nuit, on y trouva des matières sanieuses, liquides et purulentes, lesquelles avaient été jetées à tort. La malade, après cette crise, était demeurée dans un état d'anéantissement et de faiblesse extrêmes, plus grand encore qu'à la suite de ses pertes de sang; mais le ventre, nous dit-elle, était à peine douloureux, et s'était complètement aplati. Je m'empressai immédiatement de vérifier le fait. La tumeur était, en effet, affaissée et l'abdomen devenu souple. Evidemment, un kyste, formant en tout ou en partie la tumeur, s'était rompu dans l'intestin, et une voie inattendue s'ouvrait à la guérison.

Malheureusement, cette dernière prévision ne se réalisa pas; peu à peu le ventre se bossela de nouveau et la douleur reparut, et, au bout d'environ un mois, les mêmes phénomènes se renouvelèrent. Une seconde rupture eut lieu, et, cette fois, nous pûmes constater dans les matières excrétées des débris de pellicules rougies par le sang; l'une de ces pellicules avait même conservé une forme globuleuse et contenait des débris sanglants et informes et quelques matières visqueuses analogues au frai de grenouille, le tout disséminé au milieu d'un liquide trouble et jaunâtre. L'aspect de ces matières expulsées nous fit penser à un kyste hydatique, ce dont nous eûmes bientôt la certitude, car à quelque temps de là eurent lieu tantôt des hémorrhagies et tantôt des évacuations de pus ou de sanie, et il nous fut facile, à divers reprises, de recueillir les débris de vésicules que nous faisons passer sous vos yeux. Plusieurs de ces vésicules sont remarquables par leurs dimensions et l'épaisseur de leurs parois.

A partir de cette époque, le même fait se montra d'une manière presque périodique; avec ceci de particulier, que

chaque évacuation de sérosité, de mucosité et de pus était suivie d'une prostration beaucoup plns grande que celle qui suivait les pertes de sang, comme nous l'avons déjà fait remarquer. Puis la malade se trouvait soulagée pour une quinzaine de jours ; après quoi, la douleur augmentait peu à peu, la tumeur se bosselait encore et se durcissait, et ces phénomènes locaux allaient s'aggravant jusqu'à une nouvelle évacuation. Nous étions donc désormais suffisamment éclairés, sinon sur le siége, du moins sur la nature du mal. Il y avait là un kyste hydatifère qui, soit par un excès de distension, soit par un travail inflammatoire, se brisait après que des adhérences protectrices avaient rendu la communication avec une portion de l'intestin exempte de dangers. Mais si le diagnostic était bien établi, le traitement devait-il en retirer quelque bénéfice? La ponction nous était interdite par l'ignorance du siége et des rapports du kyste. Restait une voie indirecte, celle des injections par l'anus ; nous y eûmes recours tout en tremblant de produire une péritonite par une déchirure des parois de la fistule ou en y suscitant un travail inflammatoire. C'était une dissolution de chlorure de sodium que nous faisions injecter par cette voie. Ces tentatives réitérées un certain nombre de fois, déterminèrent de telles douleurs, que nous jugeâmes prudent de nous arrêter pour le moment, quitte à y revenir plus tard. Nous nous bornâmes, pendant fort longtemps, à l'emploi de bains d'eau salée et à des purgatifs doux, tels que le calomel ou l'huile de ricin. Les accidents allèrent en s'éloigant insensiblement jusqu'au mois de juin 1853, et la malade put marcher, non sans douleur, avec des béquilles, en se tenant courbée vers la terre et inclinée du côté gauche.

Je la quittai à cette époque ; mais sans la perdre de vue. Pendant l'hiver, son état s'aggrava. Durant l'été de 1854, M. le docteur Bernard, aux soins exclusifs duquel elle demeura confiée, la soumit à l'usage de bains frais avec douches froides sur la région de la tumeur ; sous l'influence de ce nouveau moyen, toujours accompagné de l'emploi de purgatifs doux et de la médecine nécessitée par

les symptômes, l'état local et l'état général s'amendèrent notablement, la tumeur s'affaissa de plus en plus, devint presque indolore, les évacuations périodiques cessèrent complètement, et la malade put marcher sans béquilles, avec moins de souffrances et en se tenant de moins en moins courbée. Cette amélioration se soutint dix-huit mois environ. Depuis quelques mois, la tumeur fait saillie de nouveau, redevient douloureuse quoique à un moindre degré que par le passé, et des évacuations analogues à celles d'autrefois reparaissent.

J'ai eu occasion de voir dernièrement Anne O... Les palpitations et la dyspnée, qui l'ont toujours tourmentée, sont maintenant presque permanentes et augmentent par le moindre mouvement et la marche; aussi me font-elles craindre un commencement d'affection organique du cœur, résultat des mouvements désordonnés et tumultueux auxquels cet organe est en proie depuis si longtemps sous l'influence prolongée de la douleur physique et morale.

Réflexions. — Cette observation, Messieurs, nous paraît offrir un double intérêt: d'abord celui qui naît du fait en lui-même, de cette poche hydatique se rompant spontanément à diverses reprises et laissant échapper au dehors par une voie naturelle et par suite inoffensive pour la malade, les matières qu'elle contient, fait curieux à ajouter à beaucoup d'autres de ce genre, du reste; nous n'insisterons pas sur ce premier point auquel la nécroscopie, par la révélation des détails anatomiques, donnerait seule tout l'intérêt dont il est susceptible.

Le second aspect, qui attire plus volontiers notre esprit, est celui qui a trait aux circonstances au milieu desquelles s'est développée cette tumeur, et à la possibilité de la guérison, malgré la gravité du pronostic, deux objets sur lesquels nous vous demanderons la permission d'appeler quelques instants votre attention; la pathogénie et la curabilité de ces productions morbides accidentelles peuvent, en effet, être encore rangées au nombre des *desiderata* de la science médicale.

Sous le rapport de l'étiologie, nous avons ici sous les yeux, une jeune fille en proie toute sa vie à des déviations

ou irrégularités menstruelles, à des névroses opiniâtres, et, finalement, un état chloro-anémique des plus prononcés. Quand nous la vîmes, pour la première fois, cet état était devenu invétéré et constitutionnel. Maintenant, quelle corrélation y a-t-il à établir entre cette manière d'être de l'économie et l'apparition des hydatides? Nous ne savons, mais il nous semble rencontrer, dans le cas qui nous occupe, la réunion des conditions les plus favorables à la production de ces parasites : causes débilitantes de toutes sortes, pertes de sang, pertes nerveuses presque continues, chagrins et émotions douloureuses incessantes, puis modification spéciale et profonde de la crase du sang telle qu'elle existe dans la chlorose. Voilà pour les influences continues et générales, causes prédisposantes constituant l'aptitude de l'économie a être envahie par ces productions parasites. Nous prendrons ensuite en considération les symptômes d'inflammation abdominale survenue en 1848, et qui pourraient bien être le point de départ initial de la formation et du développement du kyste. Nous serions, en effet, volontiers porté à penser que les états pathologiques de l'économie, résultant d'un défaut de quantité dans la masse du sang, ou plutôt d'un défaut de proportion de certains de ses éléments, accompagné presque toujours de profondes perturbations de l'innervation, sont avec les inflammations locales intercurrentes, et qui jouent ici le rôle de cause occasionnelle, les meilleures conditions pathogéniques de pareilles productions.

Il n'est pas rare, en outre, de voir l'anémie, elle-même, à l'instar des pyrexies, favoriser le développement d'inflammations locales, inflammations qui ont, il est vrai, un cachet spécial, mais n'en sont que plus redoutables et plus rebelles; et cette cause prédisposante des phlegmasies prêterait à des considérations théoriques et pratiques, que nous ne nous sentons ni la volonté, ni surtout la force d'aborder ici.

Nous nous bornerons à constater comme un fait acquis à l'expérience journalière la coïncidence fréquente d'un état d'appauvrissement du sang et de l'aptitude de ces organismes appauvris à contracter avec une extrême facilité des inflammations. Cela se voit surtout après les pertes brusques

et abondantes de sang, telles que celles qui, trop souvent, accompagnent ou suivent la parturition.

Parlons enfin du traitement: Les pensées que nous venons d'émettre sur les causes de la production de cette tumeur hydatique, résument aussi l'esprit de la thérapeutique instituée en cette circonstance, et qui a été celui-ci: Tenter de modifier l'état anémique général, combattre ou prévenir un travail inflammatoire exagéré, dans la tumeur ou la région occupée par elle, pouvant devenir fatal à la malade; enfin, provoquer directement ou indirectement la destruction du kyste, considéré comme un résultat des causes énumérées ci-dessus.

La chloro-anémie a été, il faut l'avouer, peu modifiée, mais, on peut croire que l'influence du régime analeptique et de la médication tonique l'a empêché d'atteindre ses dernières limites. Quant aux moyens dirigés contre la tumeur, un seul a eu du succès, l'emploi des douches froides auxquelles a eu recours le docteur Bernard, emploi qui fut suivi de dix-huit mois d'engourdissement et de repos de la tumeur. Aussi, notre confrère se propose-t-il de revenir à ce moyen cet été. A défaut de réussite plus complète et radicale, ne serait-ce pas le cas d'avoir recours à l'acupuncture d'Aug. Bérard, ou à l'électro-puncture? Ne serait-ce pas encore le cas d'appliquer, avec quelque modification ou substitution dans le choix des substances, la méthode employée par Pravaz dans les tumeurs anévrismales, et cette introduction, au moyen de l'électro-puncture, ne remplacerait-elle pas ici avantageusement les injections qu'une ponction préalable permettrait de faire en d'autres circonstances?

Enfin, ne pourrait-on pas encore recourir à l'application d'un cautère, seul moyen qui soit parvenu à soulager un malade, que j'ai eu occasion de voir dans le service hospitalier dirigé par notre honorable président, à Saint-Jacques. Ce malade est porteur, depuis sept ans, je crois, d'un kyste hydatifère dans l'un des reins et l'expulsion des hydatides se fait par le canal de l'urèthre; l'excrétion des entozoaires est constamment suspendue ou ralentie par l'application d'un cautère.

Des Observation *0 mètres, à peu près, au-dessus des*

MOIS.	7	PLUIE TOMBÉE UR LA PLATE-FORME.	PHASES DE LA LUNE
JANVIER. . .	Mo Mo Plu Mo Var	0 mèt. 020 mill.	P. L. le 3, à 8 h. 28' m. D. Q. le 11, à 0 h. 13' s N. L. le 18, à 8 h. 47'm P. Q. le 25, à 1 h. 48' m
FÉVRIER. . .	Mo Mo Plu Mo Var	0 mèt. 057 mill.	P. L. le 2, à 3 h. 51'm. D. Q. le 10, à 3 h. 18'm. N. L. le 16, à 6 h. 57' s. P. Q. le 23, à 3 h. 41' s.
MARS.	Mo Mo Plu Mo Var	0 mèt. 042 mill.	P. L. le 3, à 10 h. 17' s. D. Q. le 11, à 2 h. 9' s. N. L. le 18, à 4 h 55'm P. Q. le 25, à 11 h. 35'm
AVRIL.	Mo Mo Plu Mo Var	0 mèt. 006 mill.	P. L. le 2, à 2 h. 58' s. D. Q. le 9, à 9 h. 46' s. N. L. le 16, à 3 h. 14' s. P. Q. le 24, à 6 h. 6' m.
MAI.	Mo Mo Plu Mo Var	0 mèt. 063 mill.	P. L. le 2, à 4 h. 13' m. D. Q. le 9, à 3 h. 11'm. N. L. le 16, à 2 h. 23' m. P. Q. le 24, à 0 h. 12' m. P. L. le 31, à 2 h. 57' s.
JUIN.	Mo Mo Plu Mo Var	0 mèt. 046 mill.	D. Q. le 7, à 7 h. 57' m. N. L. le 14, à 2 h. 38's. P. Q. le 22, à 5 h. 1' s. P. L. le 29, à 11 h. 23' s.

au-dessus du sol, et 40 *mètres, à peu près, au-dessus des*
ETTE AINÉ, *à Nantes.*

1855.

ECTION VENTS.		ÉTAT DU CIEL.		PLUIE TOMBÉE SUR LA PLATE-FORME.	PHASES DE LA LUNE.
.	3	Beaux jours	29		
E.	1	Couvert	2		
st	2	Pluie	21		
E.	1	Gelée	0	0 mèt. 028 mill.	D. Q. le 6, à 1 h. 37' s
ud	8	Brouillard	6		N. L. le 14, à 4 h. 10'm
O.	4	Vent	25		P. Q. le 22, à 7 h. 59'm
).	11	Grêle	0		P. L. le 29, à 6 h. 50'm.
O.	1	Neige	0		
		Tonnerre	2		
N.	6	Beaux jours	29		
E.	4	Couvert	2		
st	4	Pluie	7		D. Q. le 4, à 9 h. 50' s.
E.	2	Gelée	0		N. L. le 12, à 7 h. 2' s.
ud	4	Brouillard	6	0 mèt. 002 mill.	P. Q. le 20, à 8 h. 43' s.
O.	3	Vent	17		P. L. le 27, à 1 h. 30' s.
).	7	Grêle	0		
O.	1	Neige	0		
		Tonnerre	1		
.	3	Beaux jours	26		
E.	6	Couvert	4		
st	13	Pluie	9		
E.	1	Gelée	0		D. Q. le 3, à 8 h. 35' m.
ud	2	Brouillard	14	0 mèt. 041 mill.	N. L. le 11, à 11 h 1'm.
O.	1	Vent	18		P. Q. le 19, à 7 h. 10'm
).	3	Grêle	0		P. L. le 25, à 9 h. 35' s.
O.	1	Neige	0		
		Tonnerre	0		
.	6	Beaux jours	26		
E.	2	Couvert	5		
st	1	Pluie	23		
E.	0	Gelée	0		D. Q. le 2, à 11 h. 14' s.
ud	6	Brouillard	19	0 mèt. 079 mill.	N. L. le 11, à 3 h. 33' m
O.	5	Vent	11		P. Q. le 18, à 3 h. 47' s.
).	12	Grêle	0		P. L. le 25, à 7 h. 56' m.
O.	1	Neige	0		
		Tonnerre	0		
.	7	Beaux jours	18		
E.	3	Couvert	12		
st	10	Pluie	5		D. Q. le 1, à 5 h. 26's.
E.	1	Gelée	5		N. L. le 9, à 7 h. 40' s.
ud	4	Brouillard	23	0 mèt. 003 mill.	P. Q. le 16, à 11 h. 24' s.
O.	1	Vent	13		P. L. le 23, à 8 h. 1' s.
.	3	Grêle	0		
O.	1	Neige	0		
		Tonnerre	0		
.	5	Beaux jours	21		
E.	2	Couvert	10		
st	8	Pluie	10		D. Q. le 1, à 2 h. 20' s.
E.	1	Gelée	10		N. L. le 9, à 10 h. 27'm.
ud	5	Brouillard	26	0 mèt. 031 mill.	P. Q. le 16, à 7 h. 6' m.
O.	4	Vent	12		P. L. le 23, à 10 h. 48'm.
).	5	Grêle	0		D. Q. le 31, à 0 h. 13' s.
O.	1	Neige	1		
		Tonnerre	0		

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE.

BULLETIN DES SÉANCES.

Séance du 14 mars 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

M. Malherbe présente à la Section des pièces anatomiques recueillies par lui le jour même, et provenant du cadavre d'une femme morte dans son service de l'Hôtel-Dieu, quelques jours auparavant.

Cette femme, malade depuis 18 mois, fut prise, à la suite d'une frayeur, de chloro-anémie et de névropathie générale. La peau devint grise ou bistre, et cette coloration persista jusqu'à la mort, survenue subitement. Les organes mis par M. Malherbe sous les yeux de la Section, sont les reins et les capsules surrénales. Le rein droit, un peu hypertrophié, était le siége d'une hypérémie simple; la capsule du même côté est peu déformée, mais remplie de tubercules. Le rein gauche est atrophié et farci de tubercules caséeux ou ramollis et enkystés; la capsule surrénale gauche arrondie a la forme d'un cylindre et est pénétrée d'une multitude de petits tubercules. Ces productions ont été également rencontrées dans les ganglions cervicaux. Tous les autres organes étaient sains.

M. Malherbe appelle l'attention de l'assemblée sur cette couleur bistre de la peau signalée par Addison, dans les affections des capsules surrénales. Toutes les maladies des capsules, quelles qu'elles soient, inflammation, dégénérescence cancéreuse, tuberculisation, etc., donnent presque toujours lieu à cette altération. — Il se propose, du reste, de lire ultérieurement l'histoire détaillée de la maladie qu'il a observée dans son service.

M. Leray a eu l'occasion d'observer un malade dont la peau prit la teinte brune du créole le plus foncé. Ce malheureux, dont l'autopsie n'a pas été faite, succomba au bout de 15 mois de maladie, après avoir vu dispatraître graduellement ses forces, et perdu complétement le sommeil et l'appétit.

M. Aubinais a souvent rencontré chez les femmes grosses une coloration bistre plus ou moins foncée, partielle ou générale, qu'il croit n'être pas toujours due à la même cause. Il conclut de la présence des tubercules existants dans plusieurs des organes de la malade de M. Malherbe, qu'ici la teinte bistre ne doit pas être attribuée à l'affection des capsules, mais bien à une tuberculisation générale, dont l'influence aurait retenti dans

toute l'économie et déterminé une altération de la sécrétion pigmentaire.

M. Malherbe, tout en reconnaissant que la couleur bistre est l'effet d'une altération de la sécrétion pigmentaire, n'en persiste pas moins à croire à la corrélation qui existerait entre cette teinte et la maladie des capsules, corrélation bien établie par Addison. Toutefois, on n'a pu encore déterminer quelles étaient les maladies des capsules qui donnaient lieu à cette coloration. Aussi, dans la circonstance présente, n'a-t-il pas eu d'autre but que d'apporter un fait de plus à l'appui des assertions du médecin anglais.

M. Lequerré demande si les urines ont été analysées, si elles ont varié en quantité ou en qualité? Il ajoute que, selon lui, la tuberculisation ayant été générale, la coloration bistre ne saurait être attribuée à la maladie des capsules.

M. Malherbe répond que l'examen des urines a été omis, mais qu'il ne peut considérer la tuberculisation comme ayant été générale, celle-ci n'ayant pas envahi les organes qui, d'habitude, sont pour elle l'objet d'une triste prédilection.

La discussion étant épuisée sur ce sujet, M. Malherbe lit une *Observation de néphrite albumineuse, avec encéphalopathie chronique* (1).

M. Petit demande la parole. Il fait observer que les aliénés stupides ne sont pas toujours atteints d'œdème; chez eux, au contraire, l'anasarque est l'exception. En outre, beaucoup d'aliénés, considérés comme appartenant à cette catégorie, ne sont stupides qu'en apparence; si ces malheureux ne peuvent exprimer aucune idée, cela tient aux hallucinations dont ils sont obsédés, et ils sont alors susceptibles de guérison. Seuls les aliénés stupides, atteints d'œdème, sont complétement dénués d'idées.

---

(1) Voir plus loin, p. 71.

M. Malherbe dit qu'il n'a entendu parler que des aliénés stupides, dont l'histoire est rapportée par M. Etoc de Mazie.

Comme M. Petit, il ne croit pas la stupidité nécessairement mortelle et incurable; l'existence même de l'œdème n'est pas toujours un signe fâcheux.

M. Aubinais assimile l'état de la malade de M. Malherbe à celui de certaines femmes grosses atteintes d'albuminurie. Pour lui, les attaques éclamptiques de cette malade sont l'effet de l'albuminurie et non de ses chutes sur la tête.

L'ordre du jour appelle M. Trastour à lire une observation ayant pour titre : *Symptômes graves produits par l'administration du seigle ergoté, à la dose de trois grammes, dans l'espace d'une heure, dans un cas d'hémorrhagie utérine après la délivrance* (1).

Cette lecture est suivie de diverses réflexions.

M. Leborgne trouve la dose de 3 grammes de seigle ergoté beaucoup trop forte; il ne dépasse jamais 1 gramme à 1 gramme 50. Il félicite M. Trastour de sa sincérité, le récit d'un mécompte étant souvent plus utile à la science que celui d'un résultat prévu et couronné de succès.

M. Aubinais n'a jamais vu d'empoisonnement occasionné par l'ingestion de 3 grammes de seigle ergoté. Les Anglais (Simpson) l'administrent à la dose de 4 grammes, 5 grammes et même 8 grammes, sans provoquer d'accidents toxiques. Lorsqu'ils voient survenir des bourdonnements d'oreille, de l'hébétude, ils donnent un vomitif qui met fin à ces symptômes.

M. Malherbe est porté à rattacher l'effet toxique produit chez la malade de M. Trastour à une idiosyncrasie qui peut se rencontrer accidentellement. Quand à la pratique des Anglais, il se l'explique par la prédominance du tempérament lymphatique dans cette nation, d'où

(1) Voir plus loin, p. 88.

la nécessité de doses exagérées de ce médicament, pour obtenir de lui une stimulation suffisante.

M. Mauduit fait remarquer que le seigle ergoté a une action qui se prolonge longtemps après son ingestion.

Dans sa pratique, pour que ce médicament soit mieux supporté, il a l'habitude de l'administrer dans de l'eau de menthe. Comme M. Aubinais, il n'a jamais vu 3 grammes de seigle ergoté produire d'accidents sérieux.

M. Leray porte toujours avec lui du seigle ergoté. Les résultats fournis par sa pratique lui ont démontré que le seigle ergoté, même à fortes doses, n'agit pas immédiatement. Il attribue l'intoxication rapportée par M. Trastour au trop grand rapprochement des doses.

M. Trastour répond que les accoucheurs modernes ont l'habitude de donner le seigle ergoté de 10 en 10 minutes, l'action du médicament se manifestant le plus souvent au bout de ce temps. Si M. Leray n'a pas observé une action aussi prompte chez ses malades, cela lui paraît tenir à ce que le seigle employé par lui était trop vieux, partant moins actif. Dans le cas dont il s'agit, force lui a été de rapprocher les doses, l'hémorrhagie utérine devenant menaçante pour la vie de la malade.

M. Cormerais soutient en opposition avec les assertions émises par M. Bouchardat, que le seigle ergoté ne perd pas de ses propriétés en vieillissant.

M. Mabit dit, qu'en effet, le seigle ergoté livré par les pharmaciens est pulvérisé longtemps à l'avance, malgré les recommandations contraires des médecins, et cependant son action est tout aussi intense. Il agit au bout de 15 ou 20 minutes, et son action se fait sentir pendant une demi-heure environ. M. Mabit ne dépasse jamais 2 grammes à 3 grammes, donnés par doses de 0 gramme 50.

M. Deluen préfère le seigle pulvérisé à l'avance à la poudre récemment pulvérisée, celle-ci préparée précipitamment étant généralement en grumeaux.

Il donne également la préférence à la décoction, qui est plus facilement absorbée par les malades.

Séance du 11 *avril* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

Ouvrages reçus par la Section :

1° *La Fièvre typhoïde à l'hôpital Pourtalès*, pendant l'année 1853. Notice statistique, par le docteur Édouard Cornaz, de Neufchâtel (Suisse).

2° *Recherches* sur le développement, la propagation et la transmission du choléra, par le docteur Huette (de Montargis) 1855.

L'ordre du jour appelle la lecture, par M. Malberbe, d'une *observation de tuberculisation des capsules surrénales*, dont il a déjà donné verbalement quelques détails dans la dernière séance.

M. Aubinais lui succède pour lire un travail intitulé : *Appréciation de la méthode de Deventer, ayant pour but de faciliter la version* (1).

M. Mabit a rencontré quelquefois dans sa pratique de ces cas difficiles, à obliquité antérieure de l'utérus très-prononcée. Il se rappelle entre autres faits de ce genre, celui d'une femme tellement obèse, que cette obésité ne permettait pas d'apprécier chez elle l'état de grossesse ; déjà lors de deux premiers accouchements, il lui avait fallu avoir recours au forceps et surmonter bien des difficultés. Après un second mariage, cette femme devint enceinte une troisième fois, et la procidence de l'abdomen sur les cuisses était portée plus loin que jamais. Instruit par les obstacles rencontrés dans les précédentes couches, M. Mabit, nonobstant l'état pléthorique de sa cliente, la fit coucher de manière que le bassin se trouvât plus élevé que la tête et la poitrine. Grâce à cette position, l'abdomen fut refoulé en haut et en arrière, et l'accou-

(1) Voir plus loin, p. 95.

chement singulièrement facilité. Dans d'autres cas analogues, la compression à l'aide de la main ou des serviettes lui ont également été utiles.

Ces faits, dans lesquels la présentation de l'enfant ne nécessita pas la version, il est vrai, lui paraissent cependant tendre à démontrer l'utilité dont peut être l'application de la méthode de Deventer. Grâce à l'emploi de cette méthode, il put, dans une autre circonstance, où existait une rétroversion des plus exagérées, chez une femme primipare, atteindre le col utérin derrière le pubis, l'accrocher avec le doigt, et terminer enfin l'accouchement.

L'ordre du jour appelle M. Mahot à lire une *observation de tumeur squirrheuse développée dans le médiastin antérieur, avec compression de la veine-cave supérieure et œdème de toutes les parties sus-diaphragmatiques* (1).

La séance est levée après cette lecture.

Séance du 16 *mai* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Marcé, pour lire un travail ayant pour titre : *Notes sur quelques cas de fièvres éruptives* (2), recueillis à l'Hôtel-Dieu (service de M. Marcé), par M. Vallin, élève interne.

Cette lecture donne lieu à diverses observations.

M. Hélie n'adhère pas, sur tous les points, aux opinions qui viennent d'être énoncées.

Il trouve d'abord une différence notable entre le mode d'administration de la belladone, adopté par M. Marcé, qui a eu recours à des doses assez élevées et pendant un

(1) Voir plus loin, p. 105.

(2) Voir plus loin, p. 111.

temps fort court, et celui préconisé par les médecins allemands, pour lesquels les vertus anti-scarlatineuses de la belladone sont incontestables. Ainsi, Hahnemann en particulier, donnait la belladone à doses atomiques durant plusieurs mois, et ne croyait à son efficacité préservatrice que lorsqu'au bout de ce temps elle provoquait une éruption spéciale.

Ensuite, on a omis de dire si ces trente enfants dont il est question, avaient ou n'avaient pas eu antécédemment la scarlatine; dans l'ignorance de cette circonstance, il croit les arguments favorables aux vertus prophylactiques de la belladone, puisés dans ces faits, frappés de nullité.

Pour ce qui est de l'existence de la scarlatine sans éruption, M. Hélie ne diffère pas d'opinion avec M. Marcé. Il cite à l'appui de cette manière de voir, le fait d'une jeune femme, qui fut prise de fièvre, de vomissements, et présenta une angine scarlatineuse avec enduit pultacé et rougeur de la langue. Pendant ce temps, le mari eut une scarlatine des mieux caractérisées, et, au moment où l'éruption avait atteint chez celui-ci son plus haut degré d'intensité, sa femme éprouva une desquamation manifeste.

Enfin, il semble à M. Hélie que l'on a confondu à tort l'angine pultacée et l'angine pseudo-membraneuse, qui sont loin d'être identiques. Pour lui, sauf deux ou trois cas, il regarde les angines dont on a parlé comme des angines pultacées; ces dernières se guérissent en général assez vite sous l'influence des émollients, sans qu'il soit utile de faire intervenir la cautérisation.

Il faut bien distinguer l'angine simple de l'angine pultacée, et celle-ci de l'angine pseudo-membraneuse, qui seule réclame un traitement énergique et spécial.

M. Moriceau croit que M. Marcé n'a pas prétendu affirmer, comme une chose absolue, la vertu prophylactique de la belladone, mais qu'il a seulement voulu apporter des faits favorables à cette opinion, faits qui démontreraient, en outre, que les doses et le mode d'administration employés par Hahnemann, ne sont pas nécessaires

pour obtenir le résultat désiré. Dernièrement, il a eu occasion de voir une famille composée de trois enfants : l'aîné fut atteint d'une scarlatine normale, mais intense ; n'ayant pu décider les parents à séparer le malade des autres enfants, il mit ceux-ci à l'usage du sirop de belladone. A quinze jours de là, ces deux enfants furent pris de symptômes qui auraient pu lui échapper, s'il n'avait eu l'œil au guet ; ils eurent une angine modérée et présentèrent quelques plaques scarlatineuses dans la région seule des lombes. N'est-ce pas, évidemment là, un exemple de scarlatine atténuée par la belladone ?

M. Marcé, répondant aux observations de M. Hélie, dit que la salle 18 est consacrée partie aux enfants atteints d'affections chirurgicales, partie aux enfants malades, enfants de 6 à 15 ans pour la plupart.

M. Patoureau, chef du service chirurgical, et lui, en présence de l'épidémie qui sévissait, convinrent d'avoir recours à la belladone, à titre de remède préventif ; et, à dater de ce moment, tout enfant qui entrait dans la salle prenait immédiatement de la belladone ; il ignore, il est vrai, si tous ces enfants avaient eu la scarlatine, mais cela ne lui paraît pas probable. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'avant l'emploi de la belladone, quatre ou cinq enfants étaient, chaque jour, pris de la scarlatine, et que, depuis lors, ce nombre alla toujours en diminuant. En un mot, il trouve un contraste frappant entre les deux phases de l'épidémie : dans la première, la transmission était rapide et incessante ; dans la seconde, elle se montra très-ralentie. Trente enfants prennent de la belladone et ne contractent pas la scarlatine, cinq n'en prennent pas et ils sont frappés de la maladie.

Quant à la distinction des deux angines pultacée et pseudo-membraneuse, M. Marcé en reconnaît l'importance, mais il ne croit pas le diagnostic différentiel toujours très-facile à établir.

M. Rouxeau rapporte quelques faits qui lui semblent militer en faveur des vertus anti-scarlatineuses de la belladone. Ainsi, depuis le commencement de l'épidémie, il

a pu voir une trentaine de cas disséminés dans vingt maisons environ. Sitôt l'apparition de cette maladie au sein d'une famille, il administrait la teinture de belladone aux membres non encore frappés. Cette médication préservatrice ne manqua jamais son but; partout, elle fut suivie d'un succès complet, même dans les familles où le lit des malades était partagé par des enfants qui n'avaient jamais eu la scarlatine; une famille seule, au contraire, où l'emploi de cette médication préventive fut omis, vit tous ses enfants frappés de la maladie.

En présence de pareils résultats, on comprend qu'il incline fortement à croire aux propriétés prophylactiques de la belladone.

M. Hélie n'a pas encore d'opinion arrêtée à l'égard de la belladone, si ce n'est que cette substance ne saurait, en tout cas, produire d'effets fâcheux. Mais, pour apprécier avec justesse ses vertus préservatrices, il y a à tenir compte de bien des circonstances et de bien des faits; par exemple, il est fort rare de voir tous les enfants d'une même famille contracter simultanément la scarlatine; plusieurs ne la contractent que plus tard, dans le courant d'une nouvelle épidémie.

Il revient ensuite sur la distinction à établir entre la nature des diverses angines, distinction des plus importantes, puisque les unes n'exigent aucun traitement actif et spécial, les autres, au contraire, réclament impérieusement une médication prompte et énergique. Il croit les angines gangréneuses, dont a également fait mention M. Marcé, consécutives le plus souvent à des gengivites ou à des stomatites.

M. Lequerré n'a pas l'intention de dénier à la belladone les vertus qu'on lui attribue, mais il croit sage de suspendre son jugement. Cette année, au Petit-Séminaire, un jeune homme est sérieusement atteint de scarlatine; la question de l'isolement complet et efficace ayant dû être écartée, restait celle de savoir s'il serait opportun d'adopter, comme mesure générale et préservatrice, l'emploi de la belladone chez tous les autres élèves; ce moyen fut éga-

lement rejeté. Or, il arriva que ce premier cas de scarlatine fut suivi d'un second, moins grave, une dizaine de jours plus tard, puis l'épidémie s'arrêta court. N'est-il pas clair que, si la belladone avait été administrée, on lui eût fait honneur de cet arrêt brusque de l'épidémie, et que l'on eût été ainsi induit dans l'erreur la plus complète. Il ajoute, sur la demande précise de M. Rouxeau, que les deux malades avaient été, durant le cours de la scarlatine, en contact avec leurs camarades.

M. Marcé dit s'être toujours bien trouvé de l'emploi de l'esprit de nitre dulcifié dans les cas de scarlatine accompagnée de fièvre très-forte, de délire ou d'accidents cérébraux. Ce moyen, qui lui avait été recommandé comme des plus efficaces en pareille circonstance, par M. Bretonneau, de Tours, lui a paru tempérer la chaleur de la peau et modérer la circulation.

M. Mauduit rappelle un mode d'emploi de la belladone, préconisé par M. Bretonneau, il y a 20 ans environ ; il consiste à inoculer sous l'épiderme la teinture de belladone, à l'instar du vaccin. Par ce procédé, l'action du médicament préservateur serait beaucoup plus prompte et plus certaine que lorsque celui-ci est introduit par l'estomac.

M. Aubinais trouve la discussion présente des plus opportunes, vu le grand nombre de cas graves de scarlatine, trop souvent suivis de mort, qui ont sévi dans le courant de l'année sur la population nantaise.

Il y a encore à peine quinze jours qu'il a vu mourir très-inopinément une jeune femme, dont la fièvre scarlatine affectait une marche très-régulière. Subitement, cette malade, âgée de 30 ans environ, fut prise de symptômes effrayants et imprévus : selles et vomissements incessants de matières cholériques ; peau froide, face grippée ; éruption disparaissant pour faire place à des taches bleuâtres, sur la figure et les mains. Quatre heures après le début de ces accidents, la mort survint.

A quoi attribuer cette mort? Fût-elle le résultat d'une

asphyxie déterminée par la formation de caillots sanguins dans les gros vaisseaux, le cœur ou les poumons ?

M. Mahot constate et déplore l'impuissance où les médecins se trouvent journellement en présence de la gravité de certaines scarlatines, comme cela s'est vu cette année dans notre ville. Il fait appel aux lumières et à l'expérience de ses confrères, touchant la mise en pratique de quelques moyens héroïques peu familiers aux médecins français, tels que les affusions et les bains froids, et devant lesquels nous reculons, tandis que les médecins anglais et allemands y ont volontiers recours.

M. Mauduit se souvient d'avoir vu un médecin anglais traiter deux jeunes filles atteintes de scarlatine, dans un pensionnat où cette maladie régnait à l'état épidémique. Au plus fort de l'éruption, qui était très-intense, ce médecin leur fit promener rapidement sur tout le corps une éponge trempée dans de l'eau très-froide, et immédiatement après cette opération, il les enveloppa dans une converture de laine. Au bout de huit jours, la guérison était complète, et ses deux malades s'exposaient impunément au grand air, tandis que les autres élèves, atteintes de la même maladie, voyaient se dérouler bien plus lentement les diverses périodes de la scarlatine, et étaient encore longtemps astreintes à garder la chambre. Dans les Indes, ce mode de traitement est une chose vulgaire.

M. Mabit a entendu notre confrère, M. Cuissart, qui a longtemps pratiqué la médecine à Rio-Janeiro, lui raconter que, dans une épidémie de scarlatine qui était accompagnée de symptômes graves, d'éruption incomplète, d'accidents cérébraux, il se décida, après avoir employé infructueusement bien des moyens, et après avoir consulté un grand nombre d'anciens auteurs, à plonger, par immersion, ses malades dans un bain d'eau froide, pendant 2 minutes environ. Tous ceux qui subirent cette immersion, guérirent; les autres succombèrent.

M. Aubinais dit que ces faits sont connus de tous,

mais qu'il n'est permis qu'à un petit nombre de médecins, suffisamment accrédités dans l'esprit public, de recourir à ces moyens héroïques, sans inconvénient pour eux-mêmes ou pour leur art. M. Potonnier, alors médecin à la Chapelle-Basse-Mer, ayant à lutter contre une épidémie qui décimait la population, crut devoir, en présence d'accidents cérébraux des plus intenses, faire mettre deux jeunes filles atteintes de scarlatine dans un bain froid. Malheureusement, elles succombèrent presque immédiatement, et peu s'en fallut que le médecin ne fût lapidé. — M. Aubinais, lui-même, durant une épidémie de scarlatine qui sévit en 1833 ou 1834, dans l'arrondissement de Paimbœuf, se trouvant aux prises avec des accidents cérébraux mortels, et une éruption qui ne se formulait pas surtout chez les adultes, eut recours aux affusions froides chez un enfant de 10 ans, dans une maison où il venait de perdre quatre malades. Elles n'eurent aucun résultat, et cet enfant succomba comme les autres.

M. Padioleau a eu à s'applaudir en plusieurs circonstances, d'avoir mis ses malades dans un bain tiède, en même temps que des affusions froides étaient faites sur la tête. Il a vu céder à ce moyen des accidents qui avaient résisté aux sangsues, aux vésicatoires, etc.

M. Hélie fait observer que le procédé mis en pratique par M. Padioleau, diffère complétement de celui qui consiste dans l'emploi de lotions ou de bains froids.

M. Mahot vient d'être témoin d'un fait qui se rapproche beaucoup, sauf l'existence de la scarlatine, de celui cité par M. Aubinais. Il s'agit d'un véritable cas de choléra, pour lequel il a été appelé l'avant-dernière nuit, à Chantenay. Après un léger malaise, datant de deux jours, le malade fut pris subitement, le soir, de coliques avec selles et vomissements, devenant de plus en plus répétés, et s'accompagnant de crampes dans les membres et les mâchoires.

Il le trouva dans l'état suivant, sur les deux ou trois heures du matin : voix éteinte et cassée, peau cyanosée, selles incessantes involontaires à odeur spermatique et à

aspect d'eau de riz, et tellement abondantes que les matelas en étaient transpercés; pouls tendant à s'effacer, et refroidissement très-marqué. La prostration était excessive, et le moindre mouvement provoquait des crampes atroces. Des sinapismes et une potion anti-émétique avec addition de sirop de morphine et d'eau de mélisse spiritueuse, furent prescrits sur le champ, avec de l'eau froide sortant du puits, pour calmer la soif qui était intense; les urines étaient supprimées.

Les vomissements et les crampes cédèrent promptement, et les selles diminuèrent; mais l'angoisse et l'oppression persistèrent jusque sur les cinq heures, époque à laquelle la réaction se manifesta. La chaleur reparut d'abord à la paume des mains, puis çà et là, par plaques partielles. Le pouls reprit de la force et de la fréquence, la figure s'injecta. Depuis lors, la réaction a marché franchement, tout en restant modérée, et tout fait présumer une guérison complète et prochaine.

M. Padioleau a eu occasion de voir, rue Moquechien, un cas analogue à celui-ci, qui s'est terminé par la guérison.

M. Deluen a traité depuis une quinzaine de jours, un grand nombre de diarrhées dans deux sections d'ouvriers, dont il est le médecin. Les purgatifs en ont eu facilement raison. Il se demande si ce ne serait pas là de ces diarrhées prodromiques du choléra.

M. Mauduit a rencontré également des symptômes de ce genre, en grand nombre, dans une communauté composée de 248 personnes. Il les a combattus avantageusement par le calomel et le diagrède.

Séance du 13 *juin* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

L'ordre du jour appelle M. Thibeaud à la tribune, pour lire un travail intitulé : *Etudes cliniques. Des hydro-*

pisies, suite de fièvres intermittentes et de leur traitement, spécialement de l'acétate de potasse à haute dose (1).

Cette lecture achevée, M. Malherbe demande la parole :

Après avoir remercié M. Thibeaud de sa communication, non moins intéressante au point de vue des faits qu'elle relate, qu'à celui des considérations philosophiques dont l'auteur les a fait suivre, il demande, toutefois, à faire quelques réserves touchant ces dernières. M. Thibeaud lui paraît avoir posé d'une manière trop absolue le principe des tendances médicatrices de la nature ; oui, sans doute, la nature montre souvent de pareilles tendances, et nous invite à les seconder ; ainsi agit-elle, par exemple, dans la cicatrisation des plaies et dans la consolidation des fractures, comme on a eu raison de le dire tout à l'heure ; mais dans les faits qui font l'objet des réflexions de M. Thibeaud, est-ce bien la nature, sauf dans le dernier cas, qui s'est montrée médicatrice ? N'est-ce pas, au contraire, le médecin qui lui a donné un vigoureux coup de fouet, à l'aide d'un médicament fort énergique et qui a réussi à provoquer des mouvements physiologiques, que l'on aurait probablement attendus en vain de son initiative, et auxquels elle ne paraissait guère songer. Suivant lui, on aurait tort de toujours compter sur la nature dite médicatrice, laquelle se montre même le plus souvent destructrice.

M. Aubinais donnera, lui aussi, de grandes louanges au travail qui vient d'être lu ; mais ce qui l'a particulièrement frappé, c'est l'absence de toute préoccupation des désordres occasionnés par le déplacement du cœur, sous l'influence de l'augmentation de volume de la rate, dont on nous a entretenus jadis. Ce silence lui paraît significatif et est loin d'être l'objet d'un blâme de sa part. Il voit, au contraire, avec plaisir, mettre enfin de côté toutes ces prétendues causes mécaniques des hydropisies, et il eût

---

(1) Voir plus loin, p. 117.

fait comme M. Thibeaud, s'il eût eu à traiter ces questions.

C'est encore avec bonheur qu'il voit ce retour vers un médicament aussi énergique et aussi efficace que l'acétate de potasse. Il est de fait qu'on abandonne trop facilement, pour expérimenter des médicaments nouveaux et douteux, d'autres médicaments dont l'usage avait été consacré par l'expérience des siècles. S'il interroge sa pratique, il est d'accord avec M. Thibeaud, pour accorder, parmi les diurétiques, ses préférences à l'acétate de potasse. Revenu de Paris, imbu des doctrines de Broussais, toutes puissantes à l'époque de ses débuts dans la carrière médicale, il fut surpris de voir, dans l'arrondissement de Paimbœuf, où il exerçait alors la médecine, les praticiens les plus en renom, tels que MM. Bessard et Bernard de Frossay, faire un emploi journalier de ce sel, administré à hautes doses. Ce ne fut que contraint, en quelque sorte, dans des consultations avec ses confrères, qu'il se décida à l'employer aussi hardiment. Mais ses répugnances durent promptement tomber devant les heureux résultats obtenus par cette médication.

M. Malherbe ignore, dit-il, si M. Thibeaud a eu l'intention de présenter un travail en opposition avec celui de M. Marcé, auquel on vient de faire allusion ; quoi qu'il en soit, il trouve bien une différence entre ces deux études, mais il ne saurait y voir d'opposition. En effet, l'une a pour objet des faits thérapeutiques, l'autre des faits d'étiologie et d'anatomie pathologique.

M. Malherbe persiste à tenir pour constants les faits avancés par M. Marcé ; il a pu en vérifier plus d'une fois l'exactitude, particulièrement dans la chloro-anémie, où le cœur et la tunique musculeuse des intestins, sont relâchés, tout aussi bien que les muscles de la vie de relation. Dans ce cas de défaut de tonicité des intestins, les préparations strychnées réussissent parfaitement, de même que le fer et les amers remédient à la dilatation passagère du cœur, simple résultat de son atonie. Cet état de mollesse et de flaccidité du cœur, coïncidant avec les énor-

mes hypertrophies de la rate, explique suffisamment les déplacements du premier organe, et les accidents qui en sont la conséquence. Il ne croit pas qu'il soit possible de nier l'enchaînement de cet ordre de faits, si bien exposés par M. Marcé.

M. Thibeaud a bien, il est vrai, dit-il, opposé dans le temps quelques objections aux idées émises par M. Marcé, mais il n'a nullement eu l'intention qu'on lui a supposée gratuitement. Cependant, il doit dire que, dans les observations dont il est question, il n'a rencontré ni déplacement du cœur, ni troubles appréciables dans les fonctions de cet organe. Un grand phénomène physiologique a surtout fixé son attention, la substitution d'une diurère considérable aux suffusions et aux épanchements séreux. Il n'a pas non plus voulu dire que les tendances de la nature fussent médicatrices, partout et toujours. C'est justement à distinguer ces tendances, tantôt bonnes, tantôt mauvaises, que doit s'appliquer notre art pour les provoquer, les aider ou les combattre au besoin.

Cette discussion terminée, M. Le Houx lit quelques observations d'empoisonnement, par les tubercules de *l'œnanthe crocata*, recueillies et communiquées par M. le docteur Dusouchay, médecin à Vertou (1).

M. Aubinais rapproche ces faits de celui qui est consigné dans la Toxicologie d'Orfila et dans le grand Dictionnaire des Sciences médicales, au sujet de 3 soldats belges ayant succombé au milieu d'accidents analogues à ceux dont on vient de parler. Il serait volontiers tenté d'attribuer au jeune âge des malades de M. Dusouchay, le rôle prédominant des convulsions dans les symptômes qu'ils offrirent.

M. Deluen ajoute que, malheureusement, les exemples d'empoisonnement par l'*œnanthe crocata* ne sont pas très-

(1) Voir le numéro suivant.

rares. Il y a 2 ou 3 ans, deux enfants mangèrent des tubercules de cette plante vénéneuse, qu'ils prirent, par une méprise trop facile et trop habituelle dans notre région, pour ceux de *l'œnanthe peucedanifolia*. Le plus âgé survécut seul. Entre autres symptômes, ils éprouvèrent une dysphagie très-marquée. En vain essaya-t-il de les faire vomir. Le trouble de la vue et la gêne de la gorge persistèrent trois ou quatre jours chez l'enfant qui survécut.

M. Mahot présente des pièces anatomiques recueillies par lui, le matin même, à l'amphithéâtre de l'hospice Saint-Jacques, sur le cadavre d'un jeune homme atteint d'une affection du cœur.

Cet organe offre, sur la paroi interne du ventricule gauche, trois orifices donnant accès à des cavités creusées dans la cloison ventriculaire épaissie et se terminant en cul-de-sac; ces cavités, placées presque immédiatement au-dessous de l'orifice aortique, contenaient une petite quantité de caillots fibrineux, qui étaient loin de les remplir. Des trois valvules sigmoïdes, deux sont saines, la troisième est à peu près complètement détruite; la valvule mitrale, saine, présente quelques concrétions adhérentes à ses lamelles. Le volume du cœur est à peu près normal.

M. Mahot se propose de rédiger l'observation détaillée de ce malade et de nous la faire connaître ainsi d'une manière complète.

Nulle autre communication n'étant faite, la séance est levée.

Le Secrétaire,

LE HOUX.

OBSERVATIONS CLINIQUES, par M. MALHERBE, D.-M., *médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, secrétaire du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la même ville.*

Néphrite albumineuse, encéphalopathie chronique, convulsions éclamptiques. Mort.

Le nommé Besnard, âgé de 37 ans, journalier, entre à l'hôpital le 3 décembre 1855.

Cet homme, élevé à la campagne, où il exerçait le métier de laboureur, a mené une vie régulière et a toujours joui d'une bonne santé, jusque vers l'âge de 24 ou 25 ans. A partir de cette époque, l'usage immodéré du vin blanc a produit d'abord de l'inappétence, par fois des indigestions, de la diarrhée, puis bientôt une diminution sensible des forces et une grande disposition à l'enrouement. Le sommeil, devenu agité, faisait souvent défaut; le malade éprouvait de la raideur dans les muscles des membres, et depuis deux ans des crampes fréquentes dans les mollets, pendant la nuit. Il était quelquefois exposé à la pluie, et, à différentes reprises, il est resté mouillé toute une demi-journée.

Il y a deux ans, il a été atteint d'une fièvre tierce qui dura deux mois : depuis, une dizaine de récidives ont eu lieu sous le même type, chacune se composant de deux ou trois accès seulement; la dernière a précédé d'un mois son entrée à l'hôpital. Toutes ont eu pour cause occasionnelle de grandes fatigues ou l'exposition à la pluie.

Devenu garçon d'écurie depuis quatre mois, il était obligé de se lever assez souvent la nuit. Quoique assez bien nourri (il faisait trois repas de viande par semaine), il sentait depuis quelque temps ses forces diminuer de plus en plus, et il avait remarqué qu'il s'enrhumait très-facilement.

Dans le courant de novembre 1855, il fut pris de douleur à la région lombaire gauche, avec diminution dans la quantité des urines; huit jours après, il se manifesta aux membres inférieurs un œdème qui envahit bientôt tout le corps, excepté les membres thoraciques.

Nous voyons le malade, pour la première fois, le 4 décembre, et l'aspect fatigué du visage nous le fait prendre pour un vieillard, quoiqu'il n'ait que 37 ans. La face est pâle et légèrement bouffie, l'anasarque n'est pas considérable; il n'existe pas dans le péritoine d'épanchement appréciable.

Le pouls est lent, modérément résistant, le cœur présente un dédoublement du second temps, sans aucun bruit anornal. Il y a peu d'appétit, les selles sont naturelles.

Les urines peu abondantes se colorent en rose, et précipitent abondamment par l'acide azotique; le précipité ne se redissout que dans un grand excès du réactif.

Nous diagnostiquons une albuminurie symptomatique d'une altération des reins, compliquée d'intoxication alcoolique.

Vers le 10 décembre, l'état du malade paraît s'aggraver: il a tout l'aspect d'un homme en démence, il ne voit presque pas, entend plus haut que de coutume, ne peut se tenir sur les jambes ni manger seul; il répond cependant aux questions qu'on lui adresse, mais avec difficulté.

12 décembre. Persistance et augmentation des mêmes symptômes, pouls assez résistant; on lui fait une saignée du bras de 250 grammes.

Le 13, il accuse à la région du rein gauche une

douleur que la pression exaspère. On lui applique cinq sangsues.

Le 15 décembre, raideur et douleur dans les muscles du cou; ce symptôme dure pendant trois jours, et cède à des frictions de pommade de belladone.

Le 17 décembre, nouvelle saignée de 200 grammes, à cause de la persistance des symptômes cérébraux.

Les jours suivants, le malade semble aller mieux, mais il reste plus faible que précédemment.

A partir du 8 janvier, douleur à l'oreille gauche, pendant 2 ou 3 jours.

Le 15 janvier, les accidents cérébraux reparaissent sous la même forme, mais avec plus d'intensité que la première fois; c'est toujours de l'hébétude, un délire fugace, une amaurose presque complète, de la dureté de l'ouïe, de la faiblesse musculaire. L'état de débilité générale ne permet pas de recourir à aucun traitement actif; cependant, vers la fin du mois, il survient un peu d'amélioration, le malade peut se lever et même descendre dans la cour.

Le 9 février, il sort de l'hôpital où il s'ennuie.

Pendant toute la durée de son séjour, il a eu peu d'appétit; pendant les derniers temps, il ne mange presque rien. Les nuits ont été à peu près constamment sans sommeil. L'anasarque n'a pas cessé d'exister, sans jamais acquérir un grand développement ni présenter d'oscillations. Les urines insensibles aux réactifs colorés ont toujours été pâles, et la plupart du temps troubles ou louches.

L'acide azotique y produisait un précipité abondant, qui a cependant diminué d'une manière progressive; la coloration rose déterminée par le même réactif a aussi diminué, et au moment de la sortie du malade, elle est presque nulle.

Outre les moyens ci-dessus mentionnés, il a été prescrit, le 13 décembre, 15 grammes d'huile de foie de morue; au bout de 4 jours, la diarrhée en a fait suspendre l'usage.

Du 24 décembre au 18 janvier, il a été pris chaque jour 20 centigrammes de fer réduit par l'hydrogène; les

deux ou trois derniers jours le médicament a été vomi.

Du 6 au 17 décembre, chaque soir 50 centigrammes de thériaque.

Du 14 janvier au 9 février, 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Quelques verres d'eau de Sedlitz ont été administrés à diverses reprises quand les selles faisaient défaut.

Le 26 février, le malade rentre à l'hôpital, porté par deux hommes; la faiblesse musculaire et le trouble de la vue lui rendent la marche impossible. Il est dans le même état que lors de sa sortie, seulement il est plus faible, et les troubles de la sensibilité et de l'intelligence sont plus marqués; il nous apprend que, chez lui, il a peu mangé, et qu'il a bu quelques verres de vin rouge. Les urines donnent, par l'acide azotique, un dépôt considérable d'albumine sans coloration rose.

Le 27 et le 28, il fait deux chutes sur la tête en voulant se lever de son lit.

Le 28 au soir, convulsions éclamptiques qui se renouvellent plusieurs fois dans la nuit. Le 29 au matin, nous sommes témoin d'un accès convulsif d'une grande intensité; dans l'intervalle des attaques, le malade reste plongé dans un coma profond avec respiration légèrement stertoreuse; il meurt dans la nuit du 29 février au 1er mars.

Autopsie faite le 2 mars à 9 heures du matin.

Crâne. — Dure-mère tendue, sans injection. Les tissus contiennent quelques gouttes de sang liquide, noirâtre, mais point de caillots. Quand on incise la dure-mère, les circonvolutions cérébrales tendent à faire hernie. Peu de sérosité dans la pie-mère qui n'est pas épaissie, les membranes se détachent avec facilité; l'arachnoïde présente des traces blanches linéaires le long du trajet des vaisseaux; ceux-ci sont presque vides. La surface des circonvolutions est humide, pâle, sans adhérence aux membranes. Dans tout l'encéphale, la substance grise a la même couleur feuille morte pâle. Les deux substances

sont anémiques, de consistance normale, très-humides, œdématiées. Les ventricules ne contiennent que peu de sérosité ; il ne s'en écoule pas non plus du canal vertébral. Les artères carotides internes, vertébrales et basilaire sont cartilaginifiées.

Thorax. Poumons adhérents par toute leur surface, engoués dans toute leur étendue, mais surtout dans leur moitié postérieure.

Cœur volumineux, ventricule gauche hypertrophié; les trois autres cavités dilatées. Tissu musculaire décoloré mou et friable se déchirant sous la pression du doigt; épaississement du bord des valves de la valvule mitrale; aucun des orifices n'offre de rétrécissement ni d'insuffisance appréciable.

Abdomen. Reins atrophiés à surface bosselée; le droit en partie décoloré extérieurement présente à un haut degré la transformation granuleuse: le gauche présente les mêmes altérations, mais à un degré moindre, il est moins atrophié que le droit. Rate peu volumineuse très-ferme, foie de volume normal, sans aucune altération. Le tube digestif n'a pas été examiné. Nulle part on ne trouve de caillots fibrineux, mais du sang liquide et des caillots cruoriques diffluents.

Le sang des deux saignées a été analysé par M. Bobierre.

Le sérum de la première saignée faite le 12 décembre, ne contient que 7 °/₀ de matières fixes, tandis que la moyenne de l'état normal tombe entre 9 et 10, ainsi qu'il résulte des chiffres obtenus par MM. Prévost et Dumas, Lassaigne, Becquerel et Rodier. Le chiffre de l'albumine est de 5,50 °/₀, au lieu de 8,68 selon Marcet, 8,12, (Lecanu), 8 (Berzelius, Becquerel et Rodier).

La présence de l'urée dans le sang a été constatée.

La seconde saignée a été pratiquée le 17 décembre. Le sérum contenait 7 °/₀ d'albumine. Le sang renfermait de l'urée comme la première fois.

L'urine examinée à l'époque de la seconde saignée a été trouvée claire, inodore, mousseuse. Sa densité est de

1013, chiffre inférieur à la moyenne normale qui est de 1017, selon MM. Becquerel et Rodier.

Elle précipite par le bichlorure de mercure et l'acide azotique. Sa réaction est franchement acide. La chaleur suffit pour la coaguler ; un accident arrivé au liquide en expérience a empêché de doser l'albumine.

Ces résultats analytiques s'accordent parfaitement avec ceux obtenus par les auteurs qui se sont occupés de la maladie de Bright ; nous n'avons pas à nous y arrêter.

Notre observation présente aussi une grande concordance avec les faits déjà connus, sous les divers points de vue des causes, des symptômes et des altérations cadavériques ; mais elle offre d'ailleurs quelques traits spéciaux qui nous semblent mériter de fixer l'attention.

Tous les auteurs s'accordent, pour attribuer à l'action prolongée du froid, la première et la plus grande part dans le développement de la néphrite granuleuse. Cette circonstance a été constatée chez notre malade. On se rappelle aussi, qu'il avait usé immodérément des liqueurs alcooliques ; or, voici ce que nous lisons à ce sujet dans le *Compendium de médecine pratique* :

L'abus des liqueurs spiritueuses est, suivant la plupart des médecins de la Grande-Bretagne, la cause la plus fréquente de dégénérescence rénale. M. Christison dit que cette influence s'est montrée à lui, dans les trois quarts ou les quatre cinquièmes des cas ; sur 69 malades, M. Becquerel a trouvé que 9 seulement étaient adonnés aux boissons alcooliques. Ce relevé tendrait à faire croire que l'influence nuisible signalée par les médecins anglais, est loin d'être bien établie. (Comp., t. VII, p. 358.)

Cette influence est assurément bien moins contestable lorsqu'il s'agit de rechercher la cause des complications cérébrales, beaucoup moins fréquentes en France qu'en Angleterre et dans le Nord de l'Europe, où l'abus des liqueurs spiritueuses est porté bien plus loin que dans notre pays (1).

---

(1) Nous remarquerons en passant que l'action pernicieuse du

Les maladies du cœur sont regardées comme une cause très-efficace de la dégénérescence granuleuse des reins, en raison de l'hypérémie habituelle qu'elles entretiennent dans ces organes; on se souvient que notre malade avait une énorme dilatation du cœur, avec ramollissement et décoloration de son tissu.

Parmi les symptômes observés chez Besnard, ceux qui se rapportent à la complication cérébrale, sont sans contredit les plus dignes d'intérêt. Au premier abord, nous nous sommes demandé s'il fallait les attribuer à la diathèse albuminurique, ou bien à l'intoxication par l'alcool. Nous pensons que ces deux influences ont dû agir concurremment. La marche des phénomènes cérébraux a été telle que nous pourrions la comparer à une démence progressive, ou bien encore à cette forme spéciale de l'aliénation décrite par M. Etoc, sous le nom de stupidité; nous expliquerons plus loin pour quel motif nous faisons ce rapprochement.

Dans un excellent mémoire publié en 1852, dans les *Archives générales de médecine*, par M. Lasègne, nous trouvons à propos de la forme chronique des complications cérébrales de la maladie de Bright, un tableau tracé d'après Addison, pour lequel notre malade aurait pu servir de modèle. C'est bien le même affaissement progressif de l'intelligence, des fonctions des organes des sens et de l'appareil locomoteur. Nous ne reproduirons pas cette description, qui a été citée sans indication de sa véritable source, dans le *Moniteur des Hôpitaux*, par M. Vidal.

L'amaurose qui a été si prononcée chez notre malade, ne peut cependant être rapprochée de celle observée par M. Landouzy; elle n'a été qu'un trait dans l'ensemble des symptômes fournis par le système nerveux.

---

froid doit bien souvent s'exercer, sur les sujets qui abusent de l'alcool, que l'on voit dans l'état d'ivresse profonde rester exposés sans mouvement, à l'air libre, pendant un temps souvent fort long.

Nous avons également constaté la dureté momentanée de l'ouïe ; nous n'avons pas cherché à apprécier l'état des sens de l'odorat et du goût, mais nous serions porté à croire que ce dernier était affaibli et qu'il suivait les phases de l'inappétence.

Quelle est la cause matérielle de l'encéphalopathie albuminurique? C'est une question controversée et sur laquelle les auteurs sont divisés en deux camps. Bright, Christison, Addison, etc., regardent la présence de l'urée dans le sang, comme la cause des désordres cérébraux ; Frerichs attribue ce qu'il appelle l'intoxication urémique à la présence, dans le liquide nourricier, du carbonate d'ammoniaque. On ne saurait nier sans doute que de semblables altérations du sang ne puissent apporter un trouble profond dans la nutrition et dans les fonctions des organes; mais pour avoir le droit de leur attribuer la production de l'encéphalopathie albuminurique, il faudrait démontrer la présence de l'urée dans le sang, dans toutes les circonstances où ces désordres cérébraux sont susceptibles de se manifester, c'est-à-dire dans tous les cas d'albuminurie. Or, comme le disent avec raison MM. Becquerel et Rodier, si le fait est constant pour la plupart des cas de maladie de Bright, il a manqué dans un certain nombre, et il est encore à démontrer pour toutes les autres espèces d'albuminurie, ainsi que dans les circonstances où, sous l'influence d'autres causes pathologiques, la sécrétion urinaire est notablement diminuée, comme dans la rétention d'urine, les maladies des reins, etc.

D'après ces considérations, nous sommes très-peu porté à admettre l'influence attribuée ici à l'urée, et nous conclurions plutôt avec M. Rilliet, que les accidents cérébraux sont la conséquence de l'hydrocéphalie, en prenant ce mot dans sa plus large acception, c'est-à-dire en y faisant rentrer, non-seulement les épanchements intra ou sous-arachnoïdiens et ventriculaires, mais aussi l'infiltration séreuse de la substance cérébrale elle-même.

Nous ajouterons que, suivant la forme et le volume variables de l'épanchement de sérosité, la lenteur ou la rapidité de son développement, l'existence ou l'absence

d'une hypérémie simultanée, on voit varier l'expression symptomatique et on observe les formes aiguës ou chroniques, les convulsions, le coma, le délire ou l'abolition lente et progressive des fonctions du système nerveux.

Notre malade a présenté à l'autopsie une turgescence très-notable du cerveau, avec infiltration séreuse générale; c'était un véritable œdème comme chez les aliénés atteints de stupidité, rapport qui, selon nous, parle hautement en faveur de l'opinion que nous défendons; car l'état de Besnard nous rappelait parfaitement celui des aliénés stupides que nous avons eu occasion d'observer. L'absence complète d'hypérémie nous rend compte du défaut de réaction, et on pourrait peut-être attribuer les attaques d'éclampsie qui ont précédé la mort aux chutes sur la tête qu'il avait faites deux jours de suite, quoiqu'elles n'eussent pas laissé de traces aux téguments ni aux parois du crâne.

Un des arguments les plus concluants en faveur de l'opinion de M. Rilliet, opinion que nous adoptons sans réserve, c'est le développement de symptômes cérébraux semblables, non-seulement dans les cas d'albuminurie sans maladie de Bright, mais encore dans des états morbides où les urines ne contiennent pas la plus faible trace d'albumine.

Enfin, pour les cas aigus, l'efficacité du traitement anti-phlogistique et révulsif, et surtout les résultats rapides qui suivent son application, résultats définitifs chez les malades qui n'ont pas d'altération des reins, démontrent suffisamment que la cause des accidents cérébraux est ailleurs que dans l'intoxication urémique, et qu'on ne doit la chercher que dans l'accumulation de la sérosité.

En résumé, notre observation peut servir à établir, pour les formes chroniques de l'encéphalopathie albuminurique, ce que M. Rilliet a prouvé pour les formes aiguës, l'influence de l'hydrocéphalie sur leur développement.

Tuberculisation des capsules surrénales.

La femme Ouvrard, âgée de 48 ans, journalière, entre à l'hôpital le 23 février 1856.

Elle est malade depuis plus d'un an : elle se sent faible, mais ne présente aucun symptôme d'affection organique viscérale. Seulement, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires du côté droit sont engorgés et forment une tumeur dure, bosselée, que nous considérons comme de nature strumeuse. Des douleurs vagues existent dans l'abdomen et dans les membres. Les carotides sont le siége d'un léger souffle. La peau est d'une couleur terreuse remarquable, à travers laquelle on saisit cependant la paleur jaunâtre de la chlorose ou des affections organiques à leur dernière période ; l'amaigrissement n'est pas très-prononcé. Nous concluons à l'existence d'une chloro-anémie avec névropathie générale, et nous prescrivons, en conséquence, un traitement ferrugineux et des aliments réparateurs.

Au bout de quelques jours, nous sommes forcé de suspendre traitement et régime, à cause d'une diarrhée abondante et de vomissements répétés.

En même temps, l'état de débilité, déjà très-marqué, augmente progressivement ; le pouls, assez lent, devient d'une faiblesse extrême ; tous les aliments répugnent, et le peu de substances liquides que la malade ingère est rejeté presque immédiatement ; enfin, tout fait présager une fin prochaine.

A ce moment, le hasard nous fit tomber sous les yeux l'analyse d'un mémoire de M. Addison, publiée par M. Lasègue, dans le numéro de mars des *Archives générales de médecine.*

Le médecin anglais rapporte, dans son travail, un certain nombre de cas d'affections diverses des capsules surrénales, dans lesquels les malades présentaient une forme particulière de chloro-anémie, qu'il ne savait à quelle cause attribuer, ne rencontrant dans l'économie aucune des circonstances habituelles qui donnent lieu à cette maladie. Le hasard seul vint le mettre sur la voie du rapport qui exis-

tait entre l'état chloro-anémique et les altérations des capsules surrénales; mais le fait le plus curieux, c'est un changement particulier de la couleur de la peau, symptôme sans lequel la chloro-anémie spéciale qui nous occupe ne se distinguerait pas, pendant la vie, de celles qui dépendent d'influences morbides d'une autre nature.

Cette description nous rappela, à mesure que nous la lisions, l'impression que nous avait faite l'aspect de la femme Ouvrard, et nous comptions l'observer à ce point de vue, quand nous apprîmes, le lendemain à la visite, qu'elle avait succombé la veille, 12 mars, à 6 heures du soir.

Nous prîmes alors des renseignements et nous sûmes que la maladie avait débuté dix-huit mois auparavant, à la suite d'une vive émotion morale; que, depuis lors, elle avait toujours langui, et qu'on avait remarqué que sa peau, très-blanche auparavant, avait pris une teinte de plus en plus foncée.

Autopsie faite le 14 mars au matin.

L'amaigrissement n'est pas très-prononcé.

La couleur enfumée est un peu moins foncée que pendant la vie. Elle est plus intense à la face, aux aisselles et aux aines, que partout ailleurs. Elle est sensible par tout le corps.

Tous les ganglions lymphatiques sont à très-peu près transformés en tubercules; ils ne forment de tumeur un peu considérable qu'à la région cervicale et sous-maxillaire du côté droit.

Les uns sont ramollis, les autres indurés; ces deux degrés se rencontrent à peu près en proportion égale.

Pas un tubercule dans les poumons ni dans aucun autre organe parenchymateux ou membraneux. — Le rein droit, augmenté de volume, est légèrement hypérémié.

La capsule surrénale du même côté conserve sa forme triangulaire, mais elle est beaucoup plus épaisse qu'à l'état

normal et contient deux gros tubercules enkystés, ne commençant pas encore à se ramollir.

Le rein gauche, bosselé, présente à peine la moitié de son volume normal; il est plus pâle que le droit et d'une couleur grisâtre; il est farci de tubercules enkystés de volume variable, les uns durs, d'autres à l'état caséeux, d'autres enfin contenant du pus liquide, qui s'écoule à l'incision.

La capsule surrénale correspondante a complétement changé de forme; c'est un cylindre légèrement atténué à ses extrémités, placé transversalement sur l'extrémité supérieure du rein. Elle est de consistance lardacée, comme du tubercule cru, et présente un grand nombre de tubercules enkystés à l'état caséeux, variant pour le volume depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois vert.

Nous n'avons d'autre prétention, en publiant cette observation, que de joindre un fait à ceux publiés par M. Addison, auxquels le *Médical Times* en a déjà ajouté quatre.

Dans tous ces cas, excepté un seul, le changement de couleur de la peau a été noté, et c'est aussi la teinte de la peau qui nous a frappé chez la femme Ouvrard. Ce phénomène emprunte, à notre avis, une grande valeur à une circonstance physiologique remarquée par Cassan, nous voulons parler du grand volume des capsules surrénales chez les nègres. Ce développement, rapproché de celui des organes génitaux, qui caractérise cette race, est-il plutôt corrélatif à celui de l'appareil pigmentaire? Le docteur Addison a posé la question sans oser la résoudre.

La coloration bistre ou enfumée de la peau ne saurait du reste se rapporter à telle lésion spéciale des capsules surrénales, puisque, dans les cas où elle a été observée, on a rencontré les affections les plus diverses, telles que hypertrophie, atrophie, apoplexie, inflammation, transformations fibreuses, athéromateuse, tuberculeuse, cancéreuse; on pourrait supposer tout au plus que l'altéra-

tion pigmentaire est causée par toute lésion capable d'annihiler les fonctions inconnues de ces organes.

En dehors de l'altération des capsules surrénales, l'observation de la femme Ouvrard présente, ce nous semble, un assez grand intérêt, comme exemple de tuberculisation bornée presque exclusivement aux ganglions lymphatiques. Il n'est pas ordinaire, en effet, chez l'adulte, quand il existe des tubercules dans l'économie, de rencontrer une pareille intégrité des organes parenchymateux.

Nous ignorons si les urines présentaient, dans ce cas, quelque chose d'anormal, notre attention n'ayant pas été éveillée assez tôt, pour que nous eussions la pensée de diriger nos investigations de ce côté.

Psoïtis terminé par la mort.

Briand, Augustine, âgée de 22 ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu le 28 mai 1856. Elle accuse 8 à 10 jours de maladie; mais nous avons appris plus tard, qu'avant ces 8 ou 10 jours, et depuis plus d'un mois, elle marchait avec difficulté, se plaignant d'une douleur constante dans le membre pelvien droit et dans le côté correspondant du ventre.

Voici le résultat de notre premier examen. Mouvement fébrile prononcé, abattement, diarrhée, gargouillement cœcal, inappétence, douleur dans les reins et particulièrement dans la cuisse droite, se prolongeant dans la jambe. Les mouvements du membre sont libres, l'extension se fait complétement. Nous diagnostiquons une fièvre typhoïde, tout en conservant quelques doutes à ce sujet, parce qu'il ne nous semble pas exister une stupeur proportionnelle à l'ensemble des autres symptômes; et nous demandant si nous n'avions pas sous les yeux une de ces fièvres rémittentes, dont la véritable nature masquée au début, se dévoile sous l'influence de la médication.

Nous prescrivons une potion fébrifuge.

Les jours suivants, l'état de la malade ne varie pas sensiblement. Le gargouillement cæcal est toujours très-marqué. Les 1er et 3 juin, nous administrons de l'eau de Sedlitz, et nous faisons frictionner la cuisse droite avec de la pommade de belladone.

Le 8 juin, la malade est prise d'une scarlatine anomale (il existait alors plusieurs cas de scarlatine dans la salle). La maladie d'intensité moyenne ne s'accompagna d'aucun accident spécial : mais les douleurs du membre abdominal droit allèrent en augmentant, la cuisse se plaça en demi-flexion sur le bassin, et la jambe se fléchit de même sur la cuisse, en même temps que le genou et le pied étaient portés dans une demi-abduction.

Les tentatives faites pour imprimer des mouvements au membre, excitaient de vives douleurs.

La percussion sur la rotule, dans la direction du fémur, occasionnait de même une sensation douloureuse, que la malade rapportait à l'aine.

Nous crûmes voir dans ces symptômes ceux d'une coxalgie. Cependant la fièvre continuait toujours ainsi que la diarrhée ; l'appétit était nul, la faiblesse et l'amaigrissement faisaient des progrès.

Tout le mois de juin se passa ainsi, sans modification dans l'état général : le traitement consista dans l'emploi des calmants à l'intérieur et à l'extérieur.

Le 4 juillet au matin, nous voyons la malade dont l'état nous semble toujours très-grave ; mais sans que rien nous fasse présager une fin imminente : dans la soirée, elle rend tout-à-coup par l'anus une grande quantité de matière sanieuse ; elle s'affaiblit de plus en plus et expire le 5 juillet, à 4 heures du matin. Ce mode de terminaison rapproché des symptômes observés pendant la vie, nous fit penser à l'existence probable d'un psoïtis, maladie que nous n'avions jamais eu occasion d'observer. Cette tardive réflexion fut vérifiée par l'autopsie faite le 6 juillet, à 9 heures du matin.

L'attitude du cadavre était celle que nous avions ob-

servée pendant la vie, l'amaigrissement était très-prononcé, le ventre un peu météorisé, des sudamina existaient dans les régions inguinales. L'anus était teint par la sanie qui l'avait traversé; les poils des parties génitales étaient agglutinés par ce même liquide desséché. Toutes les parties du corps étaient remarquablement exsangues. Le grand épiploon était aminci et détruit par places; tout le péritoine présentait des traces légères d'une péritonite subaiguë; ces traces étaient plus évidentes dans le petit bassin que partout ailleurs.

En enlevant la masse intestinale, on trouve sous le fascia iliaca, du côté droit, une tumeur flasque, volumineuse, s'étendant depuis les piliers du diaphragme jusqu'à l'arcade crurale, refoulant vers la ligne médiane, l'utérus, l'ovaire droit et la trompe du même côté, organes avec lesquels elle a contracté des adhérences. Elle adhère aussi dans cette région au rectum; aux points d'adhérence les parois de cet intestin sont amincies, mais non perforées.

Il n'en est pas de même de deux anses de l'intestin grêle, appartenant l'une au jéjunum, l'autre à l'iléum, qui adhèrent à une partie plus élevée de la tumeur, et qui présentent toutes deux une communication étroite avec sa cavité: toutes les parties de l'intestin situées au-dessous des perforations, présentent des traces du liquide sanieux qui s'est écoulé par le rectum. Le cœcum et le colon ascendant en sont complètement tapissés. Il en est de même du rectum, qui, même après le lavage, se montre teint en rouge sale, dans presque toute son étendue. L'appareil génital ne présente aucune trace de grossesse antérieure; il est sain; l'ovaire droit est augmenté de volume et rempli par un caillot fibrineux rouge-noir à sa surface, et dont le centre commence à se décolorer. La présence de ce caillot se rattache sans doute à une époque menstruelle qui a eu lieu peu de jours avant la mort. Point de communication entre les voies génitales et la tumeur.

La vessie contient une urine trouble et qui semble

mêlée de pus ; l'urine examinée à l'époque de la scarlatine, ne nous avait donné aucun résultat.

Le tumeur elle-même nous présente une collection de bouillie sanieuse, noirâtre, mêlée de sang noir coagulé, et dans laquelle flottent des filaments fibreux. Les téguments de la région lombaire correspondante ont une teinte violacée due à une ecchymose qui occupe l'épaisseur du derme et la couche sous-cutanée. Les muscles psoas, iliaque et carré des lombes, sont complètement détruits.

En arrière, l'inflammation a atteint et détruit les ligaments de la symphyse sacro-iliaque, et l'on pénètre dans cette articulation. L'artère fémorale rejetée en dedans de la tumeur, est dans un état de parfaite intégrité. La veine fémorale au contraire, depuis le creux poplité jusqu'à l'arcade crurale, est remplie par un caillot adhérent rouge-noirâtre. Nulle part il n'existe de pus phlegmoneux. La veine iliaque et la veine cave sont vides.

Tous les autres organes sont à l'état normal. Le tube digestif, en particulier, ne présente aucune des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Quoiqu'il existe dans la science un certain nombre d'observations de psoïtis, il est constant que c'est une maladie assez rare, puisque le cas que nous venons de vous raconter est le seul que nous ayons été à même d'observer.

C'est à ce titre et parce qu'il a été pour nous l'occasion d'une erreur de diagnostic, qu'il nous a semblé utile de vous le communiquer.

Voyons d'abord comment nous aurions pu éviter cette erreur. Le siége de la douleur à droite, la coexistence du gargouillement, l'absence de tumeur appréciable au toucher, la diarrhée et le météorisme du ventre, nous ont empêché d'attacher toute la valeur qu'elles méritaient, aux douleurs accusées par la malade dans le membre pelvien correspondant. Cependant, malgré l'affaissement qui résultait de la vivacité de ses douleurs et du travail phlegmasique qui s'accomplissait, il n'a jamais existé de véritable stupeur ; plus tard, nous aurions pu nous éclairer

par la position du membre qui était incliné en dehors, tandis que dans la coxalgie il s'incline en dedans. Mais à l'époque où la flexion est devenue permanente et s'est accompagnée de rotation en dehors, les désordres étaient trop considérables pour qu'aucun traitement pût en triompher. — On sait que le plus grand nombre des cas connus de psoïtis, ont eu une issue fatale, et dans ceux qui sont rapportés comme des exemples de guérison, il reste des doutes sur l'exactitude du diagnostic.

L'extrême gravité de cette affection vient sans doute de ce que, au début, il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de la reconnaître, et ce serait pourtant alors que le traitement aurait quelque efficacité; quand le mal se traduit par des signes évidents, il est déjà au-dessus des ressources de l'art.

Cette maladie est ordinairement le résultat de pressions violentes ou de tiraillements exercés sur les muscles psoas et iliaque; aussi l'accouchement est-il signalé comme cause, dans un bon nombre des cas connus.

Une circonstance curieuse, qui s'explique sans doute par la position que la tête de l'enfant affecte le plus ordinairement, c'est que les psoïtis arrivés à la suite de l'accouchement s'observent le plus souvent à gauche; c'est le contraire pour ceux qui dépendent de causes différentes. Chez notre malade, nous avons trouvé les organes génitaux dans un état exclusif de toute grossesse antérieure; le mal siégeait à droite; nous n'avons pu, d'ailleurs, obtenir de renseignements sur les circonstances antécédentes auxquelles il faudrait attribuer son développement.

Nous remarquerons que la scarlatine intercurrente n'a pas semblé avoir la moindre influence sur la marche de la maladie principale.

Qu'on nous permette une dernière réflexion.

Les auteurs du *Compendium*, marchant en cela sur les traces de M. Grisolle, auteur d'un mémoire *ex-professo* sur la matière, confondent, dans une même description, la psoïte et les autres tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque. Ils décrivent trois espèces de tumeurs phlegmoneu-

ses de cette région, sous le nom d'abcès intra-péritonéaux, sous-péritonéaux et sous-aponévrotiques. Cette dernière espèce, on le comprend, représente le psoïtis.

Nous ne croyons pas cette manière de procéder avantageuse; il est préférable, selon nous, de séparer complètement des deux premières espèces la description de l'inflammation du muscle psoas.

Voici sur quels motifs nous fondons notre opinion.

Les symptômes du psoïtis ont une forme bien plus constante que ceux des autres phlegmons iliaques ; ceux-ci viennent en général faire saillie sous les téguments, et de la manière la plus variable, ce qui n'arrive jamais, ou presque jamais, pour l'abcès du psoas emprisonné sous le fascia iliaca. La position du membre est bien plus constante et plus caractéristique ; enfin, les produits de l'inflammation ne sont pas identiques ; pour le psoïtis, ce n'est jamais de véritable pus blanc, mais une sanie rouge noirâtre, résultat de la fonte du tissu des muscles enflammés.

Il convient donc, à notre avis, de ne rapprocher de cas aussi dissemblables, que pour établir leur diagnostic différentiel ; pour leur description spéciale, elle doit être faite séparément.

SYMPTOMES GRAVES produits par l'administration du seigle ergoté, à la dose de trois grammes, dans l'espace d'une heure, dans un cas d'hémorrhagie utérine, après la délivrance, par M. Trastour, *D.-M., ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.*

Le 28 janvier 1856, à 7 heures du matin, je fus ap-

pelé, rue Kervégan, près d'une femme âgée de 37 ans, mariée à un ouvrier charpentier, à laquelle j'avais donné des soins le mois précédent, pour une bronchite légère. Cette femme, de taille moyenne, de tempérament lymphatique, quoique paraissant d'une assez forte constitution, ayant beaucoup d'embonpoint, mais des chairs molles, avait fixé, dès cette époque, mon attention par le désaccord qui existait entre les symptômes généraux qu'elle présentait et la maladie locale. Ainsi, une simple bronchite, peu intense, avait suffi à déterminer un abattement considérable, un malaise extrême et une très-grande accélération du pouls. L'idée que j'avais gardée de cette personne était qu'il fallait peu compter sur sa force de résistance vitale, et que son embonpoint était plutôt un indice de faiblesse que de force.

Cette femme, mariée depuis peu de temps à un homme plus jeune qu'elle et adonné à l'ivrognerie, est très-malheureuse en ménage; des tourments continuels, des frayeurs incessantes, et quelquefois des coups, sont les seuls bénéfices que cette infortunée ait retirés de sa tardive union. Devenue enceinte, elle n'a pas été plus ménagée. Se trouvant actuellement à 7 mois et demi ou 8 mois de grossesse, elle a fait hier, 27 janvier, une course assez longue; elle est allée jusqu'à Chantenay et a pris l'omnibus pour revenir. Elle s'est couchée bien portante, mais, à 4 heures, ce matin, elle s'est réveillée avec un grand malaise, des envies de vomir et des coliques. Elle a vomi deux fois de la bile et est allée aussi deux fois à la selle en dévoiement.

Les douleurs sont assez vives e très-fréquentes, accompagnées d'un malaise et d'un abattement considérable. Elles n'ont pas franchement le caractère des douleurs intermittentes de l'accouchement. L'utérus s'élève jusqu'à 4 travers de doigts au-dessus de l'ombilic; je ne sens pas de mouvements de l'enfant; je cherche de même, en vain, les bruits cardiaques et placentaires; mais hier soir encore l'enfant remuait. Au toucher, je trouve le col de l'utérus très-amoindri en longueur, très-aminci, assez mou, mais

c'est à peine si l'extrémité de l'index peut pénétrer dans l'orifice externe; la dilatation ne fait donc que commencer.

La malade a la peau chaude, le pouls très-fréquent et petit, la face rouge comme dans la rougeole, et une soif vive.

Limonade au citron.

A 9 heures du matin, les eaux s'écoulent tout-à-coup; je touche de nouveau, et, comme la dilatation du col a très-peu fait de progrès, comme d'un autre côté je cherche toujours en vain les bruits du cœur du fœtus, je commence à croire à la mort de l'enfant.

En effet, vers 3 heures de l'après-midi, l'accouchement se fait, et un enfant d'environ 8 mois, d'un corps grêle et maigre, vient au monde sans vie. La mort paraît récente; l'épiderme n'est nullement décollé; le cadavre n'a pas d'odeur.

La mère a beaucoup de chagrin de cet événement qu'on ne peut lui dissimuler. La délivrance se fait cependant très-bien et très-facilement, au bout de 20 à 25 minutes.

Le placenta et les membranes sont venus en entier et ne semblent pas altérés. — Mais une perte assez abondante ne tarde pas à se déclarer : le sang coule, non pas par flots, mais par nappe; l'utérus est mou, se contracte avec peine sous l'influence de frictions hypogastriques, et ne reste pas resserré. J'envoie chercher deux grammes de seigle ergoté en quatre paquets, et, en attendant, je m'efforce par la titillation d'un ou de deux doigts sur l'orifice utérin, par des frictions soutenues du bas-ventre, de faire cesser cet état d'inertie de la matrice.

Le médicament arrive bientôt; les quatre paquets sont avalés successivement de 10 minutes en 10 minutes. La perte n'est pas très-forte, mais elle continue; l'utérus se contracte momentanément, mais faiblement et sans persistance. Les forces diminuent, la malade pâlit, va tomber en syncope; j'applique des mouchoirs, trempés dans l'eau froide, sur le ventre et sur les cuisses; j'excite avec les doigts, autant que possible, toutefois sans violence, le col de l'utérus,

et je fais demander de nouveau six paquets de seigle ergoté, de 50 centigrammes chacun. Deux de ces nouveaux paquets sont seulement administrés de la même manière et bien tolérés par l'estomac. Pendant une heure, les linges froids sont renouvelés sur le ventre et les cuisses ; enfin peu à peu la perte s'arrête, l'utérus devient et reste dur. Je quitte la malade au bout d'une heure, les accidents paraissant tout-à-fait enrayés, l'état général étant satisfaisant, sauf la faiblesse naturelle dans ces circonstances. Je fais de nombreuses recommandations aux personnes présentes, pour éviter tout ce qui pourrait ramener l'hémorrhagie. J'ordonne même de donner un autre paquet de seigle, si le sang coulait en abondance, en attendant que je pusse revenir près de la malade.

L'hémorrhagie ne reparaît pas, et on ne donne pas par conséquent de seigle ergoté.

Mais la nuit se passe dans un malaise, dans une agitation extrêmes ; la malade ne peut rester en place, elle ne dort pas une minute, elle a des rêvasseries, une espèce de subdelirium, du hoquet et des rapports qui ont, dit-elle, le goût d'œufs pourris.

Quand j'arrive près d'elle, le 29 janvier, à 7 heures du matin, je la trouve extrêmement agitée ; elle se roule à chaque instant d'un côté sur l'autre, les cheveux en désordre, la figure pâle, les lèvres un peu bleues. La voix pourtant est assez bonne, la physionomie n'est pas très-altérée ; mais quand je veux tâter le pouls, je ne puis percevoir les battements de l'artère radiale. Je crois que je cherche mal, que mes doigts sont engourdis par le froid ; je passe d'un bras à l'autre, j'explore successivement les artères radiale, cubitale et même brachiale de chaque côté ; je ne peux saisir aucun battement. Alarmé, je mets bien vite l'oreille sur le cœur, il bat régulièrement, sans fréquence, assez faiblement.

Je constate que la malade ne perd pas de sang, que la matrice n'est pas distendue et se maintient bien rétractée. La malade accuse des fourmillements ; du froid dans les mains et dans les pieds ; elle dit qu'elle ne sent plus ses

extrémités, qu'elle a les membres rompus, qu'elle ne peut les bouger. Les extrémités sont froides en effet, la peau et les ongles ont une légère teinte bleue aux mains et aux pieds.

Fort inquiet de cet état dont le seigle ergoté, bien que donné à une dose assez modérée, me paraît être la cause, j'ordonne de donner du bouillon et du vin rouge alternativement tous les quarts d'heure, et de réchauffer les extrémités.

A 10 heures, je reviens; l'état est toujours le même; peu alarmant, si on ne considère que la figure, mais toujours très-inquiétant quand on constate l'état des membres. Car je ne suis pas bien sûr de trouver quelques battements de l'artère radiale. — Je fais mettre des sinapismes aux poignets et continuer le vin et le bouillon.

Le soir, le pouls n'est pas plus perceptible ; la malade se plaint toujours de froid, de fourmillement et d'engourdissement dans les doigts ; de plus, je constate à la face postérieure des jambes, sur les côtés des malléoles, des taches livides dans l'épaisseur de la peau, qui ne s'effacent pas sous le doigt et qui m'effraient beaucoup ; car, je crains qu'elles ne soient les indices précurseurs de quelques plaques gangréneuses. Le pouls est toujours imperceptible sur les artères des membres ; il est vrai que l'embonpoint de la personne gêne dans l'exploration des gros troncs vasculaires.

On cause de la douleur en frottant les extrémités ; la malade a bien senti les briques chaudes qui ont été mises aux pieds et la moutarde qu'on a placée sur les poignets.

Elle a pris du bouillon et du vin assez fréquemment ; elle ne se plaint plus tant de sa faiblesse ; les lochies coulent très-peu, le bas-ventre est un peu douloureux et tendu ; il y a toujours de l'agitation.

Sirop thébaïque, une cuillerée à café de 2 heures en 2 heures, jusqu'à ce qu'il y ait du calme. Frictions sur les extrémités.

Le 30. — La nuit a été assez bonne, grâce à trois

cuillerées de sirop. Il y a encore du froid, de l'engourdissement, des fourmillements dans les extrémités. Les membres sont brisés et douloureux à la pression ; il y a hyperesthésie générale de la peau ; la langue est blanche, humide ; les lèvres bleuâtres ; un peu de douleur à la gorge ; hoquet fréquent, goût d'œufs pourris et rapports acides ; très-peu de flux lochial, très-peu d'urine, pas de selle depuis l'accouchement ; cependant, la vessie n'est pas distendue et le ventre est moins douloureux qu'hier.

J'ausculte le cœur et les carotides ; leurs bruits sont réguliers, peu fréquents et plus intenses ; mais le pouls radial aux deux bras est toujours douteux. La teinte livide de la peau des jambes a diminué ; elle persiste seulement au mollet gauche.

Magnésie calcinée, 6 grammes en 3 paquets. Bouillon.

Sinapismes. Frictions.

Le soir, un peu de fièvre commença à se manifester, la peau devint chaude ; le pouls était perceptible à l'artère cubitale du bras droit et à l'artère radiale du bras gauche.

Le 31. — Le hoquet a diminué ainsi que les aigreurs ; il est vrai que la malade a cessé de sucer des morceaux d'orange, ce qu'elle avait fait jusqu'alors. Il y a eu une selle en dévoiement et un peu d'urine a été rendue. La femme se trouve assez bien ; elle a dormi à l'aide de 15 grammes de sirop thébaïque ; toutes les artères de l'avant-bras ont des battements très-manifestes ; l'engourdissement des extrémités a diminué, le fourmillement disparu, la température de la peau est bonne ; les taches cuivrées du mollet gauche diminuent ; il reste une légère exaltation de la sensibilité de la peau, une lassitude extrême, un peu de mal de gorge, mais sans apparence d'inflammation ; le sein gauche commence à se gonfler.

Le lendemain, 1er février, la malade était bien, le pouls à 84, très-bon ; tout symptôme inquiétant avait disparu, seulement il était survenu une extinction de voix et les douleurs des membres continuaient. La convales-

cence a été assez longue ; les forces sont revenues lentement ; mais aujourd'hui la santé est parfaite.

Réflexions.

A quoi sont dus les symptômes, véritablement alarmants, qui se sont montrés chez la personne qui fait le sujet de cette observation? J'ai pris soin de relater toutes les circonstances de tempérament, de constitution, de situation morale, qui pouvaient rendre raison de leur développement ; mais la véritable cause qui les a amenés ne me semble pas douteuse ; je crois que, dans ce cas, le seigle ergoté, bien que la dose administrée n'ait pas été bien élevée et soit très-souvent dépassée dans la pratique, a produit un commencement d'empoisonnement.

Il est impossible d'attribuer ces accidents à l'hémorrhagie, qui n'a pas été excessive, qui d'ailleurs était complétement arrêtée et depuis longtemps, quand ils se sont manifestés.

Quand il y a absence de pouls dans les hémorrhagies, il y a pâleur extrême, syncopes réitérées et prolongées, etc. Ici, rien de tout cela. Mais, au premier abord, que peut-on penser d'une personne dont les membres n'offrent plus de battements artériels, et qui cependant vous parle, vous rend compte de ce qu'elle éprouve, et n'a pas la figure très-altérée ? Le corps est encore plein de vie, mais les membres semblent menacés de mort. Pendant 48 heures que les pulsations des artères des membres ont manqué, j'ai été réellement fort inquiet sur les accidents qui pouvaient survenir aux extrémités. Que serait-il arrivé, si l'on eût été obligé de recourir de nouveau au seigle ergoté ? Et cependant, bien des praticiens emploient tous les jours des doses plus considérables de ce médicament ! Je ne sais si des faits analogues à celui-ci existent dans la science, mais j'ai pensé qu'il était utile de le faire connaître, pour mettre mes confrères sur leurs gardes, vis-à-vis d'un remède usuel, dont on ne craint pas d'effets

redoutables, au moins pour les mères, dans la pratique des accouchements.

Je sais que le seigle ergoté varie beaucoup de qualité, suivant une foule de circonstances ; aurait-il été plus actif dans ce cas qu'il ne l'est d'ordinaire ? Quelque fait accessoire, tel que son administration rapide, l'usage de boissons et de sucs acides, aurait-il pu augmenter ses effets sur l'organisme ? Je ne puis, à cet égard, émettre que des doutes. — Le sujet était probablement, par idiosyncrasie, par les circonstances que j'ai relatées, plus sensible qu'un autre à l'action du seigle ergoté ; il n'en reste pas moins établi pour moi, que, sans qu'il soit possible de le prévoir, une dose, même peu élevée, de ce médicament, peut causer quelques-uns des symptômes les plus inquiétants de l'ergotisme gangréneux.

APPRÉCIATION de la méthode de Deventer, ayant pour but de faciliter la version, par le dr AUBINAIS, *Président du Jury de Médecine de la Loire-Inférieure.*

Chez certaines femmes, dont une remarquable obésité se trouve liée d'ordinaire à une constitution lymphatique, l'abdomen, à la suite de plusieurs accouchements, porte, vers les derniers temps de la grossesse, de tout son poids sur le devant des cuisses. On a coutume, alors, de dire que le ventre est tombé en besace sur les cuisses, et, dans le but de soulager la femme des douleurs qu'elle éprouve par le tiraillement des ligaments larges, on cherche à soutenir l'abdomen de bas en haut par un bandage de

corps. C'est ordinairement une large serviette, dont les bretelles croisent dans le dos et viennent se fixer en avant. Il y a des ceintures élastiques qui obtiennent, dans ces cas, un résultat que le repos au lit favorise aussi.

La distension démesurée des aponévroses et des muscles abdominaux, outre qu'elle dispose aux hernies, devient pour la femme très-douloureuse vers les insertions ou attaches des muscles : aussi, M. Jacquemier a-t-il raison de dire « que les points douloureux que beaucoup de femmes enceintes éprouvent à la base de la poitrine n'ont pas ordinairement d'autres causes. »

Il est d'observation aussi que les femmes, douées d'une constitution éminemment lymphatique, sont prédisposées, par le fait seul de leur tempérament, à la distension outrée de l'utérus. Chez ces femmes, en effet, par suite d'une supersécrétion de la membrane amnios, il n'est pas rare de voir survenir une véritable hydropisie de l'utérus, à laquelle il faut rattacher la maladie décrite par le professeur Nacgelé, sous le nom d'*hydrorrhée utérine*.

La procidence sur les cuisses d'un ventre démesurément distendu imprime souvent au fœtus, dans la cavité utérine, une position qui se traduira au moment du travail, par une présentation contre-nature ; de là, la nécessité de recourir à la version.

Cette remarque n'avait pas échappé aux anciens ; mais il faut arriver jusqu'à Deventer pour trouver l'indication et l'explication des moyens de faciliter la version. La méthode qui porte le nom de *Méthode de Deventer*, consiste, chacun le sait, à placer la femme sur ses genoux et sur ses coudes. Pendant qu'elle se maintient dans cette situation, l'accoucheur, placé en côté et un peu derrière elle, tente la version.

Il faut reconnaître que Deventer s'était mieux pénétré que les accoucheurs distingués ses devanciers, des obstacles apportés à la version par les diverses déviations de l'axe de l'utérus. Quelquefois, à l'aide de prudentes manœuvres, il devient possible à l'accoucheur de convertir en position naturelle une présentation contre-na-

ture, qui résulte de l'obliquité de l'utérus; mais, le plus souvent, lorsque l'accoucheur est appelé, le travail est toujours trop avancé, pour qu'il puisse tenter avec succès ces manœuvres, et le plus sage est de recourir à la version.

C'est surtout, ainsi que je l'ai dit, chez les femmes obèses, dont la distension de la peau de l'abdomen est portée au point de produire des ecchymoses dans l'épaisseur du derme, que le ventre tombe au-devant des cuisses en forme de besace dès le septième mois de la grossesse. On conçoit qu'à dater de cette époque jusqu'au terme de la gestation, le fœtus se développe en dehors et en avant du bassin dans cette partie antérieure de la cavité utérine qui repose sur les cuisses. Cette situation du fœtus dévie forcément l'axe obstétrical de l'utérus. Deventer en cite plusieurs exemples et cherche à démontrer l'utilité de placer la femme sur les genoux et les coudes, position qui facilite singulièrement la version. Smellie partage l'opinion de Deventer, ainsi que le constate le passage suivant, extrait textuellement de la traduction de ses œuvres : « Dans plusieurs cas de version, j'ai essuyé beaucoup de fatigue avant de pouvoir amener les pieds, surtout lorsque le ventre était pendant et que les extrémités inférieures de l'enfant étaient logées dans la partie antérieure de l'utérus. — La femme en travail est dans une position plus ferme lorsqu'elle est couchée sur le dos, et vous parvenez aux jambes plus aisément, lorsqu'elles sont vers la partie postérieure ou les parties latérales de la matrice; mais, lorsqu'elles sont à la partie antérieure, vous les trouvez et les atteignez beaucoup mieux lorsque la femme est couchée sur les genoux et sur les coudes, parce que vous pouvez vous tenir derrière elle, et le pubis ne s'oppose pas autant à l'introduction de la main, que si celle-ci était introduite la femme étant couchée sur le dos. — Il m'en est encore passé dernièrement par les mains qui avaient le ventre fort pendant, et, en les faisant coucher *sur le côté*, je ne pouvais aisément attrapper les pieds. Alors, en faisant soutenir la malade sur ses ge-

noux et sur ses coudes, j'atteignais aux pieds avec une plus grande facilité, parce que cette posture permet à la main d'arriver dans la partie antérieure de l'utérus, au-dessus et en avant du pubis, où l'enfant se trouve logé. C'est là la méthode de Deventer. »

La position qu'il convient de faire prendre à la femme, lorsqu'il s'agit de pratiquer la version, n'est assurément pas chose indifférente : la conduite de l'accoucheur doit se déduire de la position de l'enfant et des rapports de ses différentes parties avec l'utérus. C'est cette connaissance nette, acquise par un toucher attentif, qui abrégera des tentatives de manœuvres, dont le moindre inconvénient est la fatigue de l'accoucheur.

Dans la grande majorité des cas, la posture à donner à la femme est celle qu'elle prend pour l'accouchement naturel, à savoir la position sur le dos, préférable, *selon* moi, à la position sur le côté, qui est usitée en Angleterre : mais, ici, tout est de mode, et si des contre-indications ne s'y opposent, il n'y a pas de grands inconvénients à se conformer à l'usage des pays, aux habitudes contractées dans des accouchements précédents; seulement, une précaution, qui est préalable à la version, et qui est trop négligée, c'est celle de s'assurer de l'état de la vessie et du rectum, afin de les vider, s'il y a lieu.

Trois observations, que je choisis parmi huit observations, que plus de vingt-cinq années de pratique obstétricale m'ont offertes, feront saisir tout l'avantage que l'on peut retirer de la méthode dite de Deventer.

1re Observation.

Une pauvre femme adonnée aux rudes travaux du labourage, avait, vers les deux derniers mois d'une quatrième grossesse, le ventre tellement en chute sur le devant des cuisses, par suite d'une obésité remarquable et d'un amincissement de la ligne blanche, que le fœtus

semblait être entièrement contenu en avant et en dehors du bassin. Je lui avais conseillé de prendre du repos et de maintenir le poids de son ventre par une large serviette soutenue par des bretelles. Sa profonde misère lui avait fait négliger ces conseils.

Elle était dans le travail de l'enfantement, assistée seulement par sa voisine, lorsque la poche des eaux venant à se rompre, une main ne tarda pas à franchir la vulve. Ce ne fut qu'après 12 heures environ de la sortie de la main, que je pus arriver au secours de cette malheureuse. La cavité utérine s'était vidée de tout le liquide amniotique : les parois de l'organe, par suite de douleurs soutenues, s'étaient moulées sur le corps du fœtus ; la main droite, tuméfiée et d'une couleur violacée, était au dehors de la vulve.

Après avoir donné l'eau du baptême sur cette main, la femme fut couchée en supination, la tête plus déclive que le ventre que je maintins solidement relevé avec la main gauche, pendant qu'à l'aide de la main droite je tentai la version ; mais je m'épuisai bientôt en efforts stériles, par le motif que l'ouverture du col, par suite d'une obliquité antérieure fort prononcée, était presque au niveau de l'angle sacro-vertébral. La main de l'enfant, rentrée après une peine indicible dans la cavité de l'utérus, j'avais réussi à accrocher le col à l'aide du doigt index et à le ramener dans l'axe obstétrical, tandis que de la main gauche je redressais fortement de bas en haut, la face antérieure du globe utérin, et tout me laissait croire à la réussite de la version, lorsque j'acquis la conviction, après m'être consumé en de vains efforts, que dans cette posture de la femme je ne pourrais arriver aux pieds de l'enfant.

En effet, la cavité utérine était tellement plissée sur le corps de l'enfant, celui-ci paraissait tellement en dehors et en avant du bassin, que l'utérus formait une énorme tumeur en boule, qui venait reposer sur le devant des cuisses, comme si il y eut eu éventration.

J'étais fort embarrassé loin de tout secours, sur le parti que je devais prendre, lorsqu'après avoir donné un

peu de vin chaud et sucré à la femme, et l'avoir laissée une heure reposer, l'idée me vint de la placer sur ses genoux et sur ses coudes. Bien me prit d'avoir eu cette pensée, car cette posture favorisa singulièrement la version.

Placé de côté et un peu en arrière de la femme, j'introduisis la main droite jusqu'au col utérin, puis, arc-boutant le bras droit, je pus l'introduire dans la matrice et passer au-delà de l'arcade du pubis, et saisir un pied, après avoir, par la force, vaincu la contracture des parois utérines. Un pied saisi et amené dans le vagin, la recherche de l'autre pied fut moins difficultueuse : l'enfant put être extrait ; mais malgré tous les moyens employés en pareil cas, il ne fut pas possible de le rappeler à la vie.

2° Observation.

Une dame âgée de trente-cinq ans, atteinte d'une obliquité antérieure de l'utérus, par suite d'obésité et d'une grande laxité des parois abdominales, avait eu trois couches qui n'avaient rien offert de particulier, sinon qu'elles avaient traîné en longueur. Dans ces trois accouchements, il y avait eu présentation de la tête, et l'inclinaison vicieuse du globe utérin avait été en partie corrigée d'une part, par l'action de soutenir relevée de bas en haut, la face antérieure de la matrice, et d'un autre côté, par le redressement du col utérin à l'aide de l'introduction du doigt dans l'orifice, et celui de la lèvre antérieure vers les pubis.

Cette dame présenta, dès le septième mois de sa quatrième grossesse, une obliquité antérieure encore plus prononcée qu'à la grossesse précédente. Une ceinture ne parut que soulager la malade, sans corriger autrement l'inclinaison vicieuse du globe utérin, car sitôt qu'on enlevait la ceinture, le ventre était entraîné par son propre poids au-devant des cuisses.

Le malheur voulut que cette fois, et dès les premières douleurs, l'enfant se présenta par le bras droit : mais présent auprès de cette dame, lors de la rupture de la poche des eaux, et alors que la dilatation était complète, je pus, instruit par l'observation precédente, tenter sans aucun retard la version, en me conformant aux conseils donnés par Deventer.

Je fus étonné de la facilité avec laquelle, la dame étant soutenue sur les genoux et les coudes, je pus introduire la main dans l'utérus, y saisir les pieds et les amener au dehors de la vulve. Cette manœuvre fut de la plus courte durée : l'enfant ne parut pas en souffrir ; il est vrai que le bassin avait une grande ampleur et que l'introduction de la main s'était faite au moment où la chose est ordinairement la plus facile, c'est-à-dire à l'instant de la rupture de la poche des eaux.

3e Observation.

Une femme qui avait les parois du ventre très-amincies, par suite de sept grossesses, avait à la fin de sa huitième grossesse, le fond de l'utérus descendu au-devant des cuisses et presque jusqu'aux genoux. Il y avait évidemment un relâchement des plus prononcés de la ligne blanche : le corps de l'utérus se présentait en forme allongée plutôt que ronde, et portait de tout son poids sur la ligne blanche, de manière à la déjeter en avant, d'une manière effrayante pour l'accouchement.

Une ceinture bien faite remédiait autant que possible à cette sorte de hernie de la face antérieure de l'utérus, à travers la ligne blanche.

Dès les premières contractions utérines, les eaux s'écoulèrent : le col utérin offrant à peine la dilatation de l'ouverture du goulot d'une bouteille, répondait à l'angle sacro-vertébral. Ce fut avec beaucoup de peine que le doigt

index pût y être introduit, et qu'il pût, en s'y accrochant, ramener la lèvre antérieure vers les pubis. Aucune partie de l'enfant ne pouvait être touchée par le doigt, ce qui donna tout d'abord le soupçon d'une présentation contre-nature. Bientôt ce soupçon se changea en certitude : à l'aide d'un toucher soigneux, on put reconnaître une position de l'épaule, sans pouvoir dire si c'était l'épaule droite ou l'épaule gauche. Les douleurs étaient de bonne nature, et tout laissait craindre qu'en y apportant du retard, l'épaule ne s'engageât et gênât les tentatives de version. L'écoulement du liquide amniotique commandait aussi d'agir sans plus tarder.

La position du corps de l'enfant fit redouter des difficultés insurmontables, si la version était essayée, la femme étant couchée sur le dos; car l'enfant paraissait logé dans la partie antérieure de l'utérus, et cette partie antérieure procidante sur les cuisses était en dehors du bassin. En outre, l'orifice utérin, par suite de cette inclinaison vicieuse, était tellement en arrière, que la main, après l'avoir franchi, ne pourrait facilement se courber, pour venir à la recherche des pieds, en avant des os pubis. Ces raisons firent adopter de suite la méthode de Deventer.

La femme qui avait encore toutes ses forces, et qui ne manquait pas de courage, fut placée sur ses genoux et sur ses coudes, les cuisses un peu écartées. La main droite préalablement trempée dans de l'huile, fut introduite par derrière dans le vagin : le col utérin, pas encore suffisamment dilaté, fut forcé; l'épaule, qui s'engageait dans le col, fut repoussée, et la main put à grand'peine être ramenée en avant des os pubis, et glisser derrière l'épaule, puis le long de l'épine dorsale, jusqu'à la rencontre d'un pied qui fut difficultueusement saisi. Cependant, ce pied put être amené au dehors de la vulve, et l'extraction de l'autre pied fut loin d'offrir la même difficulté. Le petit bassin était large : la tête y fut engagée avec facilité et la sortie de l'enfant ne se fit pas attendre. Toutes ces manœuvre ne durèrent peut-être pas dix minutes, et j'ai la conviction profonde que la position indiquée par Deventer a

rendu ici la version plus facile qu'elle ne l'eût été dans toute autre posture prise par la femme.

L'enfant était fatigué; cependant, au bout de quelques minutes, la respiration devenue plus régulière ne tarda pas à le ranimer et il a continué à vivre.

Réflexions.

On a longuement et savamment discuté sur la meilleure posture à donner à la femme en travail; et loin de moi la prétention de transcrire ici tout ce qui a été dit et écrit sur ce sujet.

L'obstétrique n'a pu, sur ce point, comme sur tant d'autres, que fixer l'attention sur les rapports de l'enfant avec la cavité utérine, et surtout avec la filière qu'il est appelé à parcourir. C'est en dernière analyse la connaissance exacte de ses rapports qui doit inspirer l'accoucheur et le porter à donner la préférence à telle posture sur telle autre. Seulement, et c'est ici un reproche que l'obstétrique peut justement adresser à plus d'un accoucheur, rarement on réfléchit sur la position à donner à la femme, pendant le travail: on sacrifie en cela à une routine qui est souvent bien éloignée des préceptes de la science; car assurément, la position que doit prendre la femme n'est pas *une*, elle doit varier suivant telle ou telle indication, et chacun comprend que ce serait une puérilité que de s'étendre plus longuement sur ce point.

Dans l'obliquité antérieure de l'utérus, alors que cette direction vicieuse est fort prononcée, le globe utérin une fois sorti du petit bassin se développe non en suivant son axe normal, mais bien en avant de cet axe, et cette inclinaison se fait au détriment des parois relâchées de l'abdomen. Ces parois, en effet, ne soutiennent plus le globe utérin dans son ascension normale, et l'on peut dire que dans les cas d'obliquité antérieure très-prononcée, l'idée de la méthode de Deventer a pu prendre naissance

de la méthode suivie par les vétérinaires dans le part des animaux. Je m'explique. La posture de la femme sur ses genoux et sur ses coudes se rapproche de la position dévolue par la nature aux animaux, et la version tentée chez la femme dans cette posture est en tout semblable à la version tentée dans la station chez les femelles de l'espèce équine, etc.

Dans la version, d'après la méthode de Deventer, l'accoucheur est placé en côté, et un peu en arrière de la femme. Il en est ainsi du vétérinaire : c'est que la femme, placée sur ses genoux et sur ses coudes, est à peu près dans la même position que la femelle du quadrupède dans la station ; et, si c'en était ici le lieu, je pourrais faire la remarque, d'accord avec plusieurs naturalistes, que la méthode de Deventer est empruntée à l'état de nature, puisque les femmes sauvages, abandonnées aux seuls instincts de la nature, prennent instinctivement cette position, qui semble aider à l'expulsion de l'enfant.

Je ne voudrais pas que l'on pût donner à cette opinion plus d'importance qu'elle ne mérite ; je prie seulement de remarquer que ce qui gêne surtout la main, lorsqu'on tente la version, dans les cas de forte inclinaison en avant du globe utérin, et alors que celui-ci tombe avec le ventre en besace au-devant des cuisses, c'est justement la présence des os pubis. Les extrémités inférieures de l'enfant se trouvent souvent logées en avant de ces os, dans cette partie antérieure de la matrice qui repose sur les cuisses, et, pour que la main puisse y venir saisir un pied, il faut qu'elle dépasse l'arcade du pubis, bien que, pour faciliter cette manœuvre, l'accoucheur prenne le soin de refouler de bas en haut et d'avant en arrière le globe utérin. Or, cette difficulté, souvent insurmontable, on ne la rencontre pas si la femme prend la posture indiquée par Deventer.

Il est vrai qu'en plaçant la femme sur un siége un peu élevé, les jambes pendantes et écartées, l'accoucheur, qui met un genou en terre, trouve, dans cette position, une grande facilité pour pratiquer certaines versions difficiles,

telles que celles qui résultent de l'inclinaison vicieuse de l'utérus que je viens de signaler ; mais cette posture, prise par l'accoucheur, le rend moins à l'aise que dans celle exigée par la méthode de Deventer, et je ne saurais trop faire revivre cette méthode, dont le judicieux emploi peut rendre de grands services.

TUMEUR SQUIRRHEUSE développée dans le médiastin antérieur. Compression de la veine cave supérieure. Œdème de toutes les parties sus-diaphragmatiques, par M. MAHOT.

Rieux, Antoine, chaudronnier, âgé de 25 ans, entra le 11 juin 1856, à la succursale et fut placé au n° 2 de la salle Saint-Louis.

Ce jeune homme, qui jouissait habituellement d'une bonne santé, avait été pris, 15 jours auparavant, de courbature générale, avec fièvre, toux et expectoration muqueuse.

Lors de son entrée, la langue était très-sale et saburrale. Le ventre un peu dur. Rien d'anormal à l'auscultation.

Le 12, on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz émétisée qui provoque deux vomissements.

Le 18, tête étourdie, ventre légèrement ballonné, pouls un peu accéléré, selles diarrhéiques.

20. Vomissements ce matin. Langue rouge; 4 selles liquides; tête étourdie.

23. Le malade se trouve mieux; un peu de diarrhée, pas de fièvre.

25. L'amélioration persiste. Les étourdissements ont disparu.

27. Quelques râles muqueux.

29. Toujours diarrhée et toux.

Depuis son entrée jusqu'à la fin du mois, le malade prend chaque jour une potion pectorale et une pilule d'opium.

3 juillet. Toujours diarrhée; ventre tendu et ballonné; pouls calme.

5. Depuis quelques jours, le malade est bouffi; la figure surtout est le siége d'un œdème prononcé. La diarrhée et l'état abdominal persistent; pouls calme.

Potion de digitale, cataplasme émollient sur le ventre.

6. Œdème du col et de la face plus marqué à droite, côté sur lequel le malade se couche constamment.

9. Gonflement de la face un peu moindre.

11. Le bras droit est œdématié.

12. L'œdème augmente; mal de gorge, luette œdémateuse; précipité rouge, non albumineux par l'acide nitrique dans les urines.

13. L'œdème augmente visiblement à la face; pas de douleurs lombaires. La gorge est mieux; rien de notable à l'auscultation. Les bruits respiratoires sont purs dans toute la poitrine

Tisane d'orge et chiendent, avec nitrate de potasse, 8 grammes. (*Bis*).

Une bouteille eau de Sedlitz.

15. Selles très-nombreuses; figure sensiblement désenflée.

16. Dix selles très-liquides, sans coliques; œdème disparu.

17, 18 et 19. Les selles continuent à être fréquentes et diarrhéiques.

20. Deux selles seulement; œdème considérable du cou et de la face.

21. L'œdème augmente, borné au col et à la face.

Deux verres eau de Sedlitz.

23. Deux verres eau de Sedlitz.

24. L'œdème de la face a beaucoup augmenté, surtout à droite; le côté droit de la poitrine est également œdé-

mateux. Pouls, 120 pulsations ; oppression. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur et de la poitrine.

29. L'œdème, très-considérable, est borné au col, à la face, à la poitrine et aux bras. Toute la partie sous-diaphragmatique du corps ne présente pas la moindre trace d'infiltration. Pouls accéléré ; langue rouge; quelques exsudations blanches sur la muqueuse buccale.

30. Le malade a eu, depuis hier, plusieurs selles de sang presque pur ; ventre souple.

31. Selles non sanguinolentes liquides; urines abondantes.

On continue, pour tout traitement, la tisane avec nitrate de potasse, 15 grammes.

2 août. L'œdème diminue; le malade urine beaucoup. Les urines, examinées à plusieurs reprises, n'ont jamais offert la moindre trace d'albumine. Quatre selles très-abondantes, liquides; oppression allant jusqu'à l'orthopnée; pouls à 120. Lorsque le malade se couche un peu à plat, la face devient bleue ; douleur à la pression, dans la région lombaire gauche. Quelques râles ronflants; bruits du cœur sourds, matité étendue dans la région sternale et précordiale.

Vésicatoire le 4 sur cette région.

5. Oppression très-forte; décubitus sur le côté gauche. Pouls très-accéléré ; figure et cou cyanosés. La cyanose augmente quand on remue le malade.

Vésicatoire le 5.

Mort, le 5 août, à 8 heures du matin.

Autopsie.

L'autopsie est faite à peu près 40 heures après la mort, par un temps chaud. Les téguments de l'abdomen présentent déjà une teinte verdâtre.

Poitrine. — A l'ouverture de la poitrine, au moment où l'on enlève le sternum, on aperçoit entre les 2 poumons une masse blanchâtre d'où s'écoule assez abondamment un liquide jaunâtre, ayant la consistance d'un sirop.

Tout le médiastin antérieur est occupé par une tumeur considérable, grosse comme les 2 poings. Cette tumeur est formée par un tissu blanc mou par endroits, dense et criant sous le scalpel dans d'autres, offrant l'aspect du tissu squirrheux ramolli et non ramolli. On fait suinter par la pression à la surface des coupes un liquide lactescent. En divisant la tumeur, on trouve en certains points des ilots rouges et injectés de sang. La grande masse de la tumeur ne paraît pas parcourue par des vaisseaux.

La tumeur est mal circonscrite, elle se confond avec la plèvre, à laquelle adhère de chaque côté le bord antérieur des poumons.

Le cœur, au premier abord, ne se distingue pas; il est complétement englobé dans la tumeur. Les 2 feuillets du péricarde sont confondus par des adhérents intimes et forment une membrane épaisse qu'on isole avec peine du tissu squirrheux environnant.

Le cœur n'avait en conséquence aucune indépendance dans ses mouvements; en incisant la masse dans laquelle il est contenu, on reconnaît les quatre cavités; elles ont leurs apparences normales, mais elles sont très-petites.

Les valvules sont saines; leurs parois sont amincies. Il n'y a ni sang ni caillots fibrineux dans les cavités du cœur.

L'aorte paraît applatie.

La veine cave supérieure est entourée partout par la tumeur qui la comprime fortement.

Des deux côtés, épanchement de sérosité dans les plèvres. Les deux poumons sont adhérents aux côtes. Ils sont tous les deux crépitants. Mais le poumon gauche offre dans sa partie supérieure un assez grand nombre de tubercules, à différents degrés d'évolutions.

Les deux poumons sont peu volumineux. Ils ont été réduits par le développement de la tumeur.

La trachée artère a conservé son calibre.

Cavité abdominale. — Foie sain.

Rate consistante, d'un volume ordinaire.

Les reins sont injectés ; ils ont, du reste, leurs dimensions et leur aspect ordinaires.

Les intestins paraissent sains ; ils ne sont pas ouverts.

L'observation dont vous venez d'entendre la lecture, Messieurs, m'a paru intéressante et digne, sous plusieurs rapports, de vous être présentée.

La tumeur m'a semblé de nature squirrheuse ; cependant, vous savez combien la classification des tumeurs laisse encore à désirer ; sur certains points, son tissu était dur, d'un blanc jaunâtre et criant sous le scalpel ; sur d'autres, il était ramolli, imprégné d'un suc lactescent et comme sirupeux.

Dans quelques endroits, on trouvait des vaisseaux pénétrant dans la tumeur ; dans la plus grande partie, le tissu de nouvelle formation semblait privé d'organes circulatoires

Par suite de la position, la tumeur comprimait plusieurs organes importants, mais cette compression s'exerçait surtout efficacement sur la veine cave supérieure, dont les parois plus molles n'offraient pas la même résistance que l'aorte, la trachée artère et les grosses bronches. Il résulta de cette compression un phénomène pathologique très-remarquable, et qui donna à la maladie de Rieux un cachet tout particulier ; toutes les parties dont les vaisseaux veineux vont aboutir dans le système de la veine cave supérieure s'œdématièrent.

Dans le système de la veine cave inférieure au contraire, la circulation restant libre, les membres inférieurs et l'abdomen ne présentèrent rien de semblable. Les jambes et les pieds étaient maigres et secs, tandis que la face, le cou, les bras, étaient le siége d'un œdème considérable, et dans les derniers jours de la maladie, cet œdème s'accompagna d'une cyanose, qui devint de plus en plus prononcée.

Le cœur, comme nous l'avons dit, se trouvait englobé et confondu dans la tumeur ; au premier abord, il était impossible de le distinguer, et ce n'était que par une dissection attentive, qu'on arrivait à découvrir une membrane fibreuse d'enveloppe assez épaisse, et qui résultait de

l'union intime des deux feuillets du péricarde. Dans cette enveloppe se trouvait contenu le cœur partout adhérent, partout enveloppé par le tissu de la tumeur. Ses parois étaient amincies, mais ses cavités avaient conservé leur forme normale, et ne contenaient pas de caillots. On se demande comment le cœur, dans de telles conditions, pouvait continuer à fonctionner, comment les parois de ses cavités partout adhérentes extérieurement, pouvaient se contracter de manière à chasser le sang contenu dans leur intérieur, comment, en un mot, pouvait s'exercer la systole et la diastole; et cependant les fonctions du cœur ne parurent pas très-notablement troublées; le pouls resta calme et régulier jusque dans les derniers jours.

A l'auscultation, on ne constata rien d'anormal, seulement les bruits du cœur parurent sourds. A l'autopsie, on trouva les cavités oreillettes et ventricules à peu près vides de sang et ne renfermant pas de caillots; c'est là une preuve de plus, attestant combien il y a encore d'inconnus dans la physiologie normale et pathologique du cœur, et combien souvent les lésions pathologiques trouvées après la mort, paraissent peu en harmonie avec les troubles fonctionnels observés pendant la vie.

La localisation de l'œdème à la face, puis dans les parties sus-diaphragmatiques, nous fit penser d'abord que nous avions affaire à une affection albuminurique; mais jamais les urines ne donnèrent le moindre précipité albumineux, et à l'autopsie, rien dans l'état des reins n'indiqua l'existence d'une maladie de ce genre.

L'œdème fut combattu d'abord par les purgatifs; et à la suite de l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz, il s'établit une diarrhée très-abondante et très-séreuse qui, en quelques jours, amena la disparition complète de l'infiltration; plus tard et dans les derniers jours de la vie, l'infiltration diminua encore notablement sous l'influence des diurétiques. Ce sont là des faits remarquables et qui prouvent bien la puissance de la médication dérivative, dans les cas d'œdème et d'anasarque, suite de compression des vaisseaux. Seulement, la cause persistant, l'amélioration obtenue ne peut être que fort temporaire.

Le sthétoscope, dans le cas de *Rieux*, ne procura pas de données propres à éclairer le diagnostic. Rien à l'auscultation des poumons, battements sourds du cœur sans bruits. anormaux. La percussion indiqua au contraire une matité étendue dans les régions sous-sternale et précordiale.

En rapprochant cette matité des signes de compression du système de la veine cave inférieure, on aurait pu diagnostiquer, je crois, une tumeur du médiastin antérieur comprimant la veine cave, et n'intéressant pas très-notament les poumons et le cœur.

Enfin, et c'est par cette réflexion que je terminerai cette note déjà trop longue, j'appellerai l'attention sur la rapidité du développement des accidents. Le malade ne fit à l'hôpital qu'un séjour de deux mois; il n'était malade, lors de son entrée, que depuis 15 jours, et les accidents qu'il avait éprouvés jusqu'à son arrivée à l'hôpital, ne consistaient qu'en des symptômes de courbature et d'embarras gastriques ; rien alors ne pouvait faire prévoir la gravité des accidents qui allaient se manifester.

NOTES sur quelques cas de fièvres éruptives, recueillies à l'Hôtel-Dieu (service de M. MARCÉ*), par* M. VALLIN*, élève interne.*

Scarlatines. — Le 30 octobre 1855, un enfant de douze ans, atteint d'une scarlatine anomale très-bénigne, entra dans la salle 18, lit n° 2; il n'en sortit qu'après la fin de la desquammation.

Le 16 novembre, environ 20 jours après l'entrée de ce premier malade, deux autres enfants, retenus depuis longtemps dans la même salle pour des affections chroniques, présentèrent, après quelques heures de prodrômes, un exanthème scarlatineux non équivoque, avec coïncidence

de fièvre, de rougeur du pharynx, d'amygdalite pseudo-membraneuse. L'exsudation diphthéritique céda, au bout de quelques jours, à des cautérisations énergiques avec la solution de nitrate d'argent; la fièvre tomba rapidement, et, chez ces deux sujets, la maladie se termina sans autre complication fâcheuse.

Le 18, deux jours après cette première manifestation de la contagion ou de l'infection scarlatineuse, un autre enfant, dans la même salle, est pris d'une fièvre très-forte, avec lombago, vomissement, gêne de la déglutition; le 3e jour, un enduit pultacé, très-épais, recouvre les amygdales et la paroi postérieure du pharynx. Cependant, on n'aperçoit aucune rougeur à la peau, soit que l'exanthème eût manqué tout à fait, soit qu'il ait été de si courte durée, et si peu marqué, qu'on n'ait pu le saisir. Quoiqu'il en soit, le dixième jour de cette maladie, la desquammation devenait évidente sur plusieurs points du corps.

Longtemps après, alors que cette desquammation était déjà terminée et sous l'influence de l'épidémie qui durait encore dans le service, ce même enfant fut atteint d'une angine pultacée très-intense. Vers le mois de février, il lui survint de l'œdème à la face de l'anasarque, un épanchement ascitique, état symptomatique d'une albuminurie que nous révéla l'action de l'acide azotique sur l'urine. Vers la fin d'avril dernier, l'ascite prit un tel développement, que la suffocation, devenant imminente, la paracentèse fut pratiquée: plusieurs litres d'une sérosité citrine en furent le résultat. Depuis cette opération, l'enfant respire librement, bien qu'un reste d'épanchement dans le ventre fasse présager des accidents ultérieurs (1). Des douleurs vis-à-vis la région du rein droit y ont motivé l'application d'un vésicatoire. Cet enfant est atteint du mal de Pott; les vertèbres

(1) A la date du 13 août 1856, ces accidents n'ont pas eu lieu : l'enfant, eu égard à son infirmité habituelle, est aussi bien que possible.

cervicales exclusivement atteintes et affaissées ont raccourci la région cervicale à un point tel que l'épiglotte et la glotte même apparaissent au fond de l'arrière-gorge aussi manifestement que la luette et le voile du palais lui-même.

A dater du 18 novembre 1855, onze enfants, dans la salle 18, furent ainsi successivement atteints de scarlatine. Les symptômes prédominants de cette épidémie peuvent se résumer en quelques mots : forme anomale et disparition très-prompte de l'exanthème; dans quelques cas, épistaxis ; pharyngite pseudo-membraneuse constante et assez grave, jamais mortelle, jamais laryngienne, accompagnée d'adénite cervicale. Dans la moitié des cas de diarrhée au début et souvent persistante, variétés dans la desquammation qui, chez deux malades, se fait à deux reprises successives; chez plusieurs, éruption abondante de vésicules miliaires contenant d'abord une sérosité cristalline, puis de plus en plus trouble. Chez trois ou quatre de ces enfants, la scarlatine fut suivie d'une anasarque symptomatique de l'albuminurie; dans l'un de ces derniers cas, devenu mortel chez un sujet atteint d'une entérocolite chronique, l'autopsie montra du pus dans la substance tubuleuse d'un des reins. Sauf les cas d'anasarque qui furent traités au moyen des purgatifs, la médication fut entièrement expectante. L'angine pultacée céda constamment aux cautérisations avec l'azotate d'argent.

Le cabinet de femmes n° 10, nous offrit, quant à la transmission contagieuse de la scarlatine, des faits analogues à ceux de la salle 18. Une jeune fille, reçue dans ce cabinet avec la scarlatine, la communiqua, au bout de quelques jours, à l'une de ses voisines, qui la transmit elle-même à une autre. Sur 11 lits, 4 ou 5 furent bientôt atteints par l'infection scarlatineuse, qui se déclara ainsi au sein même de l'hôpital, chez des sujets y étant venus pour des affections parfaitement étrangères à cette maladie éruptive. Deux de ces cas observés l'un chez une jeune fille de 15 ans, l'autre chez sa sœur, âgée de 18 ans, se compliquèrent de délire, de coma, portés au point de nous faire croire à une méningite. Cet état grave, coïnci-

dant avec une accélération grande du pouls, s'améliora rapidement sous l'influence peut-être d'une mixture dont l'élément principal fut l'esprit de nitre dulcifié, à la dose quotidienne de 20 à 25 gouttes par jour.

Ce moyen fut par nous plusieurs fois employé, avec un égal succès, dans des cas analogues, dans la variole confluente avec accélération notable du pouls et toute cette agitation fébrile qui en est la suite ou la coïncidence habituelle.

En présence de cette épidémie, on résolut d'expérimenter la belladone comme moyen prophylactique. Une solution fut préparée d'après la formule suivante :

Extrait de belladone, 5 centigrammes.
Teinture de cannelle, 30 grammes.

Chaque malade dut en prendre de 10 à 15 gouttes suivant l'âge ; en général, autant de gouttes qu'il y avait d'années.

Voici quels furent les résultats de cette médication.

Pendant le temps écoulé entre le premier et le dernier cas apparu dans la salle 18, c'est-à-dire pendant 7 semaines, 35 enfants furent soumis à l'emploi de la belladone, tous, âgés de 6 à 15 ans, tous par conséquent, ou à peu près, aptes à contracter l'infection : sur ces 35 individus, 5 seulement furent atteints par l'épidémie : 2 après avoir pris la solution prophylactique pendant 4 et 6 jours ; 1 pendant 9 jours, 1 autre pendant 14 jours, le 5e pendant un mois. Chez 3 d'entre eux, la scarlatine fut anomale et très-bénigne ; l'exanthème localisé à une partie du corps ; chez un 4e, il y eut de l'angine pultacée, de la desquammation, mais pas de taches scarlatineuses ; la scarlatine ne parut pas avoir été modifiée chez le 5e.

D'un autre côté, 2 infirmiers, dont 1 avait eu déjà la scarlatine, et 4 malades, qui ne prirent point de belladone, furent atteints par l'épidémie : c'est dans ce groupe qu'on trouve les cas qui ont présenté quelque gravité, et entre autres, celui d'un délire violent qui dura pendant deux jours, délire tel que le malade sortit de son lit et de la salle pour courir dans l'hôpital, et qu'il fallut le re-

tenir de force pendant 48 heures; la maladie fut grave, mais se termina par la guérison. Si l'on retranche de ce nombre de 6, un malade qui fut pris de scarlatine le lendemain de son entrée, et qui, par conséquent, n'usa pas de la belladone, on arrive à ce résultat que tous ceux sur qui l'on n'a pas employé la médication prophylactique ont été atteints, tandis que sur 35 individus aptes à contracter la maladie, mais influencés par la médication, 5 seulement n'ont pas été épargnés, résultat qui semble concluant, et qui doit donner confiance dans l'action anti-scarlatineuse de la belladone.

Il nous reste encore à ajouter quelques mots touchant d'autres fièvres éruptives qui se sont présentées à notre observation.

Varioles. — La variole devint épidémique parmi des ouvriers cordonniers, demeurant ensemble, chez la mère de leur corporation, petite rue Notre-Dame, n° 15. Sur 12 au moins atteints de variole, dans l'espace de quelques jours, 6 ont été dans une des salles de M. Marcé : l'un, eut une variole très-grave, terminée heureusement ; 5 d'entre eux, présentant des traces vaccinales, n'eurent que des varioles modifiées, et assez bénignes ; dans les autres services de l'Hôtel-Dieu, la variole s'est présentée spécialement chez les individus de cette profession, circonstance qui s'explique par leurs habitudes de travail en commun.

Dans la majorité des cas, et même dans les cas légers, les symptômes du côté de la gorge ont été constants; tous ont eu une pharyngite pustuleuse confluente.

Rougeoles.—Cette complication d'angine si marquée dans l'épidémie de scarlatine, s'est également présentée dans tous les cas de rougeoles avec le caractère pseudo-membraneux. Peut-être faut-il rattacher à cette particularité épidémique la terminaison mortelle, par gangrène de la bouche, d'une variole extrêmement confluente survenue à la fin de la convalescence d'une fièvre typhoïde très-grave. Chez la jeune fille qui fait le sujet de cette observation, les frictions mercurielles employées pendant quelques jours, et qui avaient fait complètement avorter les pustules sur la face,

n'avaient jamais déterminé la moindre inflammation du côté de la bouche, et ne se faisaient plus depuis longtemps, quand au milieu d'une angine avec enduit pultacé très-épais, se manifestèrent des points gangréneux qui, malgré les cautérisations avec l'acide chlorhydrique, envahirent toute la muqueuse buccale. Presque tous les cas de rougeole, avons-nous dit, furent compliqués de pharyngite pseudo-membraneuse ; tous le furent également de bronchopneumonies qui, bien que très-graves, n'eurent pas une terminaison fatale. Les autres complications furent des parotidites, de petits abcès multiples, des otorrhées, de la diarrhée chez un grand nombre, diarrhée mortelle chez deux enfants. La rougeole se montra presque exclusivement chez des sujets de la première enfance ; il n'en parut aucun cas, chez ceux de la seconde enfance sur lesquels sévissait exclusivement l'épidémie de scarlatine. Comme fait contradictoire, nous citerons une malade adulte qui présenta à la fois, d'une manière discrète, sur différents points du corps, des vésicules de varicelle, des plaques d'exanthème scarlatineux, et des taches morbilleuses, qui se terminèrent par desquammation sans aucun accident.

Vaccine.—Un grand nombre de très-jeunes enfants, 20 environ, furent vaccinés ; la moitié seulement le fut avec succès : tous ceux qui étaient fébricitants, ou même qui séjournaient depuis longtemps à l'hôpital pour une affection chronique grave, se montrèrent réfractaires à la vaccination. Chez un enfant vacciné 3 jours avant l'apparition de la rougeole, et chez lequel les pustules vaccinales avaient manqué, il survint, vers le 12e jour, une variole qui fut anomale, discrète, avec fièvre secondaire très-peu marquée.

Malgré la complication d'une parotidite et d'une otorrhée, la guérison eut lieu, et c'est là un fait digne de remarque, que dans un hôpital les fièvres éruptives survenues chez des sujets de la 1re et de la 2e enfance, malgré des complications fort graves, aient eu toutes une issue heureuse et que pas une ne se soit terminée par la mort.

Au milieu de tous ces faits, nous constaterons particulièrement :

1° Que le caractère propre à toutes ces fièvres a été la pharyngite pustuleuse dans la variole, pseudo-membraneuse dans la rougeole et la scarlatine ;

2° Que la scarlatine a été presque constamment anomale, quelquefois grave, mais généralement de gravité moyenne ;

3° Que, dans cette maladie, la vertu prophylactique de la belladone semble avoir été constatée ;

4° Que les vaccinations, chez les enfants dans un mauvais état de santé, sont demeurées sans succès.

ÉTUDES CLINIQUES. Des hydropisies, suites de fièvres intermittentes, et de leur traitement, spécialement de l'acétate de potasse à haute dose, par M. THIBEAUD, *professeur de clinique à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.*

Les épanchements de sérosité dans le tissu cellulaire et dans les grandes cavités séreuses, les hydropisies, sont dues à des causes diverses. Les travaux des médecins modernes, et particulièrement les recherches de l'anatomie pathologique, ont conduit à constater ce fait général qui avait été reconnu par les expérimentations des physiologistes, *l'oblitération des troncs veineux ou des veines de certains viscères*, comme *cause du plus grand nombre des hydropisies*. Cependant, l'hématologie venant à l'appui de l'opinion des médecins antérieurs à notre siècle, a reconnu comme une autre cause d'hydropisie, l'altération du sang, la prédominance de sa partie séreuse sur le cruor et les globules. Cette anémie, ou pour nous servir de l'expression de M. Piorry, cette hydrohémie qui survient dans la chlorose, et chez les sujets atteints depuis longtemps de fièvres intermittentes, amène assez souvent à sa suite l'œdème des extrémités inférieures, puis l'anasarque, quelquefois enfin, mais plus rarement, des épan-

chements dans les cavités séreuses. Quelque danger qu'elles fassent courir aux malades, les hydropisies ainsi produites sont susceptibles de guérison, et l'absence de lésion des grands viscères et des gros troncs veineux, permet aux médicaments d'agir avec une grande efficacité.

C'est spécialement dans l'emploi des moyens propres à activer la sécrétion urinaire que le médecin a recours dans les cas de ce genre. Les médicaments diurétiques sont nombreux, la matière médicale est riche en ce genre. Notre but n'est pas d'examiner en particulier chacune de ces substances, d'analyser et d'étudier leur valeur; nous avons voulu seulement rappeler à l'attention des médecins un médicament autrefois fort vanté, oublié pour ainsi dire depuis, et qui nous paraît devoir reprendre son rang en thérapeutique. Nous voulons parler de l'acétate de potasse, terre foliée de tartre de l'ancienne chimie. Il mérite, d'après les auteurs du Traité de Thérapeutique, MM. Trousseaux et Pidoux, d'occuper une place assez importante parmi les diurétiques. Employé jadis avec beaucoup de faveur, il est aujourd'hui presque tombé dans l'oubli. Les doses indiquées dans le *Formulaire de Bouchardat*, dans l'ouvrage que nous venons de citer, dans toutes les matières médicales modernes, sont de 4, 6, 10 grammes. Les médecins qui nous ont précédés le donnaient à des doses bien plus fortes. C'est là probalement la cause des succès qu'ils lui attribuent. Toutefois, ce n'est qu'après avoir lu dans la *Matière médicale de Desbois de Rochefort*, le passage suivant, que nous avons été conduit à prescrire ce médicament à doses plus élevées que celles auxquelles on le donne aujourd'hui, et c'est alors que nous en avons obtenu des effets remarquables.

« La terre foliée de tartre, dit Desbois, s'employe dans » les hydropisies, les engorgements du bas-ventre, les coli- » ques hépatiques, etc. Mais pour en retirer du succès, » il faut qu'elle soit donnée à certaine dose, et continuée » pendant longtemps. La médecine française, d'ailleurs » très-sage et très-savante, est trop timide à l'égard de » ce remède, comme à l'égard de beaucoup d'autres. La

» terre foliée est très-soluble, et peut se donner à la dose
» de 2 gros, demi-once, une once et plus par jour.
» A la dose d'une demi-once, c'est un excellent diuréti-
» que très-utile dans beaucoup d'hydropisies. » (*Desbois de Rochefort, Mat^re médic., t. 2, p.* 122.)

1re Observation.

Il y a une vingtaine d'années, dans une salle de militaires dont nous fûmes appelé à faire le service, se trouvait un jeune soldat d'une forte constitution, atteint depuis plus d'un mois d'anasarque et d'ascite. La sérosité épanchée dans le péritoine était très-abondante, les parois de l'abdomen fortement distendues, la fluctuation des plus manifestes. On avait employé sans succès contre cette maladie, qui s'était développée à la suite de fièvres intermittentes prolongées, divers diurétiques, des purgatifs; toute médication intérieure était à peu près abandonnée alors que nous prîmes le service. L'examen du malade nous porta à croire que l'anasarque et l'ascite n'étaient qu'une conséquence de la cachexie paludéenne. Il n'existait aucune altération organique des viscères de l'abdomen; de plus, le cœur ne présentait rien d'anormal. Nous rappelant le passage cité de Desbois, nous administrâmes immédiatement l'acétate de potasse, d'abord à 6, 8 grammes, puis en quelques jours à 12, 15, 30 à 40 grammes dissous dans deux à trois litres de tisane d'orge et de chiendent. La diurèse fut abondante et s'établit rapidement; en 10 à 12 jours l'ascite et l'anasarque étaient guéries, il ne restait plus rien d'une maladie nécessairement grave et qui avait été jusque-là rebelle à tous les traitements.

Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas analogues. Nous allons en faire connaître quelques-uns.

2e Observation.

Pellier, maçon, âgé de 42 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 24 décembre 1841, est placé dans la salle de Clinique.

Atteint depuis 3 mois de fièvre intermittente d'abord à type quotidien, puis tierce, il a pris à différentes fois du sulfate de quinine. Les accès ont été suspendus, mais il a éprouvé plusieurs rechutes. A la suite de l'une d'elles, il y a 3 semaines environ, de l'œdème commence à se montrer aux extrémités inférieures.

Du 20 au 28 décembre, le madade a un accès fébrile chaque jour précédé d'un léger frisson; mais cet accès est faible, et s'éteint graduellement au bout de 5 à 6 jours, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours au quinquina. L'anasarque s'étend jusqu'à la face; il existe de la fluctuation de l'abdomen. Le lendemain de l'entrée on administra comme purgatif 15 grammes de crême de tartre, et pour boisson une tisane nitrée.

Malgré la cessation de la fièvre, l'anasarque et l'ascite persistèrent. On commença l'emploi de l'acétate de potasse le 28 décembre, d'abord à la dose de 4 grammes dans un demi-litre de tisane simple, puis en portant rapidement la dose à 6, 8, 16, 30 et 40 grammes, en prenant soin d'étendre ces fortes doses dans 2 à 3 litres de tisane que le malade buvait en 24 heures. Le 3 janvier, le médicament étant alors porté à 30 grammes, les urines commencèrent à devenir un peu plus abondantes; les 4 et 5, elles le furent beaucoup plus; la dose d'acétate était de 36 à 40 grammes. L'anasarque et l'ascite diminuent notablement. Les 6 et 7 janvier, plus de 3 litres d'une urine limpide et presque incolore sont rendus dans les 24 heures. Le volume du ventre et la distension de la peau sont bien moindres. Le 12 janvier, l'ascite a complétement disparu, il ne reste qu'un peu d'infiltration aux malléoles. On diminue la dose d'acétate qu'on cesse le 16. Pendant les 7 à 8 jours qui suivirent, quelques légers accès de fièvre à type irrégulier se montrèrent; on remarqua un peu d'œdème des jambes et un léger gonflement de l'abdomen. Quelques doses d'acétate de potasse furent administrées, mais plus faibles cette fois. Tout cela disparut promptement, et Peltier sortit parfaitement rétabli le 8 février.

3e Observation.

Anasarque et ascite, suites de fièvres intermittentes.— Guérison rapide par l'acétate de potasse à haute dose.

Jannais, Joseph, jardinier, âgé de 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 29 janvier 1842. Il habitait à la campagne une chambre basse et humide, et avait été atteint de fièvre intermittente au commencement d'octobre 1841. Dans les premiers jours du mois de novembre, il avait été reçu à l'hôpital où il séjourna un mois. Pendant cet espace de temps, il continua à avoir des accès de fièvre, et bientôt après, ceux-ci furent accompagnés d'anasarque. Comme l'on crut alors reconnaître quelques signes de lésion du côté du cœur, on pratiqua plusieurs saignées ; du sulfate de quinine fut en outre prescrit, et la fièvre céda. La digitale et plusieurs autres diurétiques furent ensuite administrés. Le malade sortit assez bien de l'hôpital, mais très-peu après il éprouve une rechute, les accès de fièvre deviennent quotidiens, l'anasarque reparaît.

Les premiers jours qui suivirent l'entrée de Jannais à l'Hôtel-Dieu, on crut convenable de pratiquer une saignée que l'on fit suivre de l'administration d'un purgatif. Les accès ayant toutefois continué à se montrer sous le type quotidien, du sulfate de quinine les suspendit.

7 Février. Etat actuel, cessation de la fièvre, œdème des jambes, des cuisses, des bras et de la face, consistance assezferme de la peau sous la pression du doigt, fluctuation abdominale. Pas de tuméfaction de la rate. L'auscultation ne fait découvrir aucune lésion du cœur.

Acétate de potasse, 4 grammes dans un litre de tisane.

Les 8 et 9 février, 6 et 8 grammes.

10 Février. 15 grammes.

11 Février. 25 grammes dans deux litres de tisane.

12 Février. 30 grammes.

13 Février. L'œdème des mains diminue, la fluctuation de l'abdomen est moindre. Augmentation très-notable des urines.

14 Février. 35 grammes d'acétate de potasse.

Le 15 février. 40 grammes du même médicament dans 3 litres de tisane.

Urines très-limpides et très-abondantes. La fluctuation abdominale se perçoit à peine. Le malade a sué assez abondamment la nuit précédente.

Du 16 au 18 février. Disparition presque complète de l'anasarque; il ne reste d'œdème qu'à la partie inférieure des jambes; l'ascite a complétement disparu. Les urines sont très-abondantes, le malade en rend plus de 4 litres en 24 heures. (45 grammes d'acétate de potasse ont été prescrits le 18 février.)

19 Février. Le malade est très-bien, il ne subsiste plus de la maladie qu'une légère infiltration autour des malléoles. Les doses élevées du médicament n'ont pas eu d'effet purgatif. On diminue successivement ces doses jusqu'au 22, où on les suspend.

L'infiltration malléolaire a disparu. Quelques tasses d'eau ferrugineuse sont prescrites. Jannais sort le 24 février, parfaitement rétabli.

4e Observation.

Ascite et anasarque, suites de fièvre intermittente prolongée. Traitement par l'acétate de potasse à haute dose. Guérison en 9 jours. (Observation recueillie à la Clinique par M. Marcé, *élève interne.)*

Calvet, Joseph, manœuvre, âgé de 33 ans, vint habiter Chalonnes sur les bords de la Loire, au mois d'avril 1849, avec sa femme et deux jeunes enfants. La chambre qu'occupaient ces pauvres gens était étroite, humide, située au niveau du sol, et ne recevait jamais les rayons du soleil. Calvet travaillait tous les jours aux mines de charbon, à une grande profondeur. Au bout de deux mois se déclarent des accès de fièvre intermittente; les 8 premiers jours, ils présentent le type tierce, puis quotidien. Pendant 3 mois, la fièvre se maintient sous ce dernier type. Combattue à quelque distance de son début par des soins appropriés, elle cède promptement, mais revient au bout de 15 jours; et, lorsque le malade entrait à l'Hôtel-Dieu, le 20 novembre 1849, il avait la fièvre depuis 3 mois et demi sans interruption. Ses deux enfants étaient morts

atteints d'infiltration considérable survenue à la suite d'accès intermittents ; sa femme entrait en même temps que lui à l'hôpital également atteinte de fièvre intermittente, mais sans accidents consécutifs.

21 Novembre. Depuis un mois, il y a de l'ascite, et depuis trois semaines l'infiltration a envahi les extrémités inférieures, le tronc et les bras. La face est bouffie et décolorée. La région splénique est douloureuse, mais l'épanchement péritonéal empêche de constater l'hypertrophie de la rate. Il existe une toux fréquente avec un râle sibilant et muqueux dans toute l'étendue de la poitrine, mais surtout à gauche. Le malade éprouve de l'oppression. La langue est sale, l'anorexie complète. Tous les jours à midi revient un accès de fièvre.

Les 22, 23 et 24 novembre, on administre le sulfate de quinine en potion avec 8 gouttes de laudanum de Sydenham ; le 1er jour à la dose de 75 centigrammes, le 2e 60 centigrammes, le 3e jour 1 gramme 35 centigrammes, l'accès n'ayant pas cessé de reparaître après les premières doses.

26 Novembre. La fièvre n'existe plus, mais nul changement ne s'est opéré du reste dans l'état du malade. L'anasarque et l'ascite persistent. On prescrit un litre de tisane d'orge et de chiendent avec un gramme de nitrate de potasse. Cette boisson est continuée jusqu'au 29 novembre, sans que la sécrétion urinaire en soit augmentée.

Les 29 et 30 novembre, on commence l'emploi de la terre foliée de tartre à la dose de 4, puis de 6 grammes ; le 1er décembre on en donne 8 grammes. Dès la nuit du 30 novembre au 1er décembre la diurèse était obtenue, le malade rendit près de 3 litres d'urines.

Le 2 décembre, la dose du médicament est portée à 12 grammes, le 3 à 15 grammes, le 4 à 20 grammes.

4 Décembre. Le malade rend en 24 heures au moins 5 à 6 litres d'urine. Déjà l'œdème a diminué, la peau des mollets est flasque et molle, l'ascite est maintenant difficile à constater. Il n'y a plus d'oppression.

5 Décembre. On donne 24 grammes d'acétate de potasse

dissous dans 2 litres de tisane ; le 6 décembre 22 grammes. Chaque jour le malade rend 7 à 8 litres d'une urine claire et limpide. L'ascite et l'anasarque ont complétement disparu ; les saillies de l'avant-bras commencent à se dessiner : la peau est flasque et pendante, la face n'est plus œdématiée et a changé complétement d'aspect. La toux et les râles ont cessé. Le malade boit facilement sa tisane et n'accuse que quelques coliques sans diarrhée.

7 Décembre. Un litre et demi de tisane avec 15 grammes d'acétate de potasse. Le malade rend encore six litres d'urine dans la journée.

8 Décembre. Dernière dose de 8 grammes du médicament.

Calvet sort de l'Hôtel-Dieu le 11, encore grêle et maigre, mais complétement guéri.

5e Observation.

Ascite considérable et anasarque survenues à la suite d'une fièvre intermittente datant de 5 mois; acétate de potasse à haute dose; guérison en 7 jours, diurèse abondante. (*Observation recueillie par* M. E. Vallin, *interne à l'Hôtel-Dieu.*)

Baëlt, belge, âgé de 48 ans, habitant un village près de l'embouchure de l'Escaut, vint à Nantes en décembre 1854, pour y être employé comme charpentier de navires. Cet homme, d'une constitution forte et robuste, avait eu la fièvre intermittente dans son pays, mais il était assez bien portant à son arrivée. Un mois après, commencement de janvier, rechute, accès en tierce, entrée à l'hôpital Saint-Jacques où il reste 15 jours. La fièvre cesse. Quelque temps après, les accès reparaissent sous le type quarte : le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 5 mars 1855.

6 Mars. L'accès de fièvre s'est prolongé pendant la nuit; ce matin le malade est en sueur. La teinte de la peau est d'un jaune paille, la langue un peu sale, pâle, étalée, la membrane muqueuse de la face interne des lèvres,

celle des gencives et la conjonctive palpébrale sont d'une grande pâleur. Il existe une ascite considérable ; le malade dit ne s'être aperçu que depuis 8 jours du gonflement du ventre. La rate est plus volumineuse que dans l'état normal, mais elle est refoulée en arrière par la sérosité de l'abdomen.

(Prescription. — Sulfate de quinine, un gramme, tisane nitrée.)

9 Mars. La fièvre n'a pas reparu hier, jour d'accès. L'état du malade est du reste le même.

(Première dose d'acétate de potasse de 4 grammes qu'on augmente un peu les jours suivants.)

11 Mars. Le malade rend à peine 2 verres d'une urine brune et foncée.

La soif est vive.

Les 12 et 13 mars, on donne 8 et 12 grammes d'acétate de potasse. Les urines sont toujours épaisses et peu abondantes.

15 Mars. Le malade éprouve une gêne considérable, il a de la peine à se retourner dans son lit. L'anasarque et l'ascite ont augmenté; le dos des mains est extrêmement tuméfié, le scrotum est infiltré. On augmente la dose du médicament que l'on porte ce jour à 24 grammes dissous dans 3 litres de tisane.

17 Mars. Les urines deviennent plus abondantes.

Dose de l'acétate de potasse, 35 grammes.

Le 19 mars, 40 grammes; 4 litres d'urines sont rendus dans les 24 heures. L'anasarque et l'ascite n'ont pas encore subi de diminution.

20 Mars. — La quantité d'urines rendue depuis la veille s'élève à 7 litres. Diminution de l'anasarque, mais non de l'ascite. L'état général est plus satisfaisant, la fièvre n'a pas reparu depuis le 6.

21 Mars. Le malade a rendu 6 litres d'urine. Diminution très-notable de l'ascite et de l'anasarque, surtout à la cuisse droite; tension beaucoup moindre de l'abdomen, scrotum presque revenu à l'état normal. Le malade s'est levé et promené dans la journée.

Du 23 au 26 mars. On diminue peu à peu la dose du médicament. La diurèse continue avec autant d'abondance, 6 litres d'urine sont rendus en 24 heures. L'anasarque disparaît rapidement ; il ne reste plus qu'un peu d'œdème aux jambes. L'abdomen est mou : ses parois, qui étaient considérablement infiltrées, ne le sont plus ; la matité que la percussion faisait entendre à la partie déclive de l'abdomen se borne de plus en plus ; il n'existe aucune fluctuation.

29 mars. On cesse l'administration de l'acétate de potasse. Toutes traces d'anasarque et d'ascite ont disparu, mais le malade offre tous les signes de l'anémie, conséquence de la cachexie paludéenne. On perçoit un peu de souffle au cœur et aux carotides ; les membranes muqueuses et la peau sont très-pâles.

Quelques doses de tartrate de potasse et de fer, 20 centigrammes par jour et une alimentation réparatrice, sont prescrites. De la diarrhée survenue les jours suivants force à suspendre le fer.

Le 2 avril, elle est complètement arrêtée. On ne reprend pas encore l'usage du fer. Cependant, les forces paraissent revenir, le malade se promène tous les jours dans les cours de l'hôpital ; l'appétit est très-bon.

Le 11 avril. Baëlt sort parfaitement rétabli.

Les faits que nous venons d'exposer confirment, il nous semble, l'opinion des physiologistes qui regardent la sécrétion urinaire comme faisant antagonisme à la sécrétion séreuse tant interstitielle que vésiculaire, et qui pensent que l'un des moyens les plus sûrs de guérir l'hydropisie, c'est d'activer la sécrétion des urines. (Burdach, Physiol.)

Alors que les forces vives de l'organisme ne sont pas épuisées, et que surtout les principaux viscères ou les veines sont libres de toute altération, cette diurèse, dont l'abondance nous a frappé et que provoquent si rapidement certains médicaments, se manifeste spontanément dans quelques cas ; l'observation suivante nous a paru sous ce rapport présenter quelque intérêt.

6e Observation.

Le nommé Picot, âgé de 40 ans, manœuvre employé à casser des pierres sur une route près de Chantenay, contracte, dans l'été de 1854, une fièvre intermittente qui persiste pendant environ 6 mois, sous le type quarte, et cesse au commencement de janvier 1855, à peu près sans traitement. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 19 février 1855, dans un état d'anémie. Les forces musculaires sont très-affaiblies, la face est pâle, maigre, les paupières supérieures légèrement œdématiées, les cuisses et les jambes infiltrées. Il y a de l'ascite. Le volume de la rate ne dépasse que fort peu l'état normal. Il n'existe aucun signe de maladie du cœur, pas de souffle aux carotides ni d'accès fébriles. L'appétit s'est conservé; mais depuis six semaines, le malade est atteint d'une diarrhée qui a commencé par quelques selles sanguinolentes.

Après avoir, pendant les premiers jours, combattu la diarrhée sans résultat au moyen du diascordium additionné de petites doses d'opium, on a recours au sous-nitrate de bismuth dont on porte graduellement la dose de 6 et 8 grammes à 30 et 35 grammes par jour. La diarrhée, d'abord stationnaire diminue les premiers jours de mars, pour céder bientôt complètement le 6. Ce jour, il rend une selle de matières solides; la physionomie est meilleure, mais l'anasarque existe toujours ainsi que l'ascite.

Du 7 au 8 mars, sans que de nouveau médicaments aient été donnés, une diurèse abondante s'établit. Le malade rend près de 8 litres d'urine dans les 24 heures; les jours suivants, 8, 9, 10 et 11 mars, 6, 7, et jusqu'à 9 litres. L'ascite et l'anasarque diminuent rapidement.

Le 13 mars. Il n'existe plus de fluctuation abdominale. Les 13, 14 et 15 mars, le malade rend de 2 à 4 litres d'urine dans la journée. L'anasarque a complètement disparu ainsi que l'ascite, l'état général est satisfaisant.

Le 25 mars. On prescrit quelques doses de tartrate de potasse et de fer. La diarrhée ayant reparu, on les cesse, et quelques jours après on y substitue la limaille

de fer unie au diascordium. La dose de fer est successivement augmentée et portée à 2 grammes 30 centigrammes par jour.

Le malade reprend des forces; la coloration de la peau reparaît, il sort parfaitement rétabli le 30 avril.

Une augmentation rapide et considérable de la sécrétion urinaire est donc un des principaux phénomènes qui, dans les épanchements de sérosité dans le tissu cellulaire ou les séreuses, est suivi d'une prompte résorption. Ainsi, la *fonction éliminatrice* de l'appareil urinaire dans l'état de santé, se continue dans les maladies; et, dans les hydropisies de la classe de celle dont nous parlons, l'activité de cette fonction augmente et produit les effets thérapeutiques que nous venons de signaler. Une solidarité réelle existe en effet entre plusieurs fonctions de l'économie vivante. Si l'une d'elles vient à s'affaiblir ou à cesser, une autre la remplace aussitôt. Les fonctions de la peau et les fonctions des reins paraissent sous ce rapport se balancer en quelque sorte. Lorsque, par une perversion de la nutrition, la partie séreuse des fluides et spécialement du sang qu'éliminent incessamment les deux grandes fonctions que nous nommions tout à l'heure, vient à remplir les cavités séreuses ou le tissu cellulaire, *l'effort éliminateur* de la peau ou des reins arrive au secours de l'organisme; et, pour fournir les matériaux nécessaires à l'activité accrue de ces fonctions, il se fait une prompte résorption des fluides épanchés. En étudiant avec attention les faits qui précèdent, ce but d'activité des fonctions urinaires ne peut être méconnu, et c'est précisément parce qu'il se manifeste ici avec une clarté pleine d'évidence que nous les avons rapportés.

Il est donc vrai que c'est toujours la puissance inhérente à l'organisme vivant qui guérit, soit qu'elle se traduise au dehors par l'apparition spontanée de phénomènes spéciaux, soit que ceux-ci aient été provoqués par les moyens de l'art. Il suit également de là qu'en maladie, les phénomènes anormaux qui viennent à surgir dans l'économie tendent en général à un but, la guérison. Ce grand fait trop clair en chirurgie, n'y a-t-il aussi jamais été nié. Le

chirurgien en étudiant le merveilleux travail de la cicatrice et de la formation du cal dans les fractures, sait fort bien que la tendance finale à la cicatrisation et à la consolidation des os fracturés est l'effort incessant de la nature. En médecine, il n'en pouvait être autrement; et cependant, comme la marche des phénomènes a quelque chose ici de plus obscur, les faux systèmes, sous l'apparence superficielle d'une plus grande clarté, sont venus répandre des nuages sur cette vérité reconnue par tous les siècles. La thérapeutique presque entière était fondée sur cette idée hippocratique des tendances de la nature vers la guérison. C'était le *quò natura vergit eò ducendum*, cette maxime des médecins les plus éminents de toutes les époques. Naguère encore à peu près méconnue, elle commence à se montrer dans quelques écrits, mais surtout elle apparaît de plus en plus dans les récentes discussions de l'Académie de médecine. Au reste, nous ne devons pas nous trop étonner d'avoir vu les sciences médicales traverser cette phase critique. A la suite des grands naturalistes du XVIIIe siècle, de l'illustre Linnée qui, en découvrant quelques traces de l'intelligence suprême dans les œuvres de la création, disait dans son admiration pour celles qui paraissaient les plus petites et les plus nulles, quelle force! quelle sagesse! quelle inexplicable perfection! (*Linn. Systema naturæ*), sont venus d'autres hommes doués certainement d'incontestables facultés, mais qui, sous l'influence de plus en plus croissante de certains systèmes philosophiques, ont nié hautement les causes intentionnelles dans la formation des organes, en d'autres termes ont cherché à détruire et à rendre ridicule la doctrine que les anciennes écoles désignaient sous le nom de *causes finales*. La philosophie allemande, le panthéisme matérialiste d'Hegel et de ses disciples ont repris cette tâche, et l'autorité qu'ils ont acquise est plus grande qu'on ne le pense vulgairement. Il est plus d'un physiologiste de notre temps qui professe ces systèmes, peut-être sans s'en douter.

Toujours est-il pour nous médecins, qu'une fois la finalité niée en physiologie, la négation des actes salutaires de ce qu'on appelait jadis *nature médicatrice* suit né-

cessairement. La matière médicale et la thérapeutique se trouvent alors abaissées et réduites au pur empirisme. Heureusement que l'intelligence et le bon sens pratique de la France ne lui permettent pas de descendre longtemps cette pente, et la ramènent bientôt à la véritable observation. En effet, en renfermant la médecine dans l'étude purement empirique et matérielle des phénomènes morbides, on a cru qu'en répétant un nombre indéfini de fois des observations laborieusement recueillies, on constituerait ainsi la science, et de là les espérances et les procédés de la statistique appliquée à la médecine. Or, à moins qu'on ne professe encore cette donnée fondamentale des derniers représentants du matérialisme, *il n'y a point de lois, il n'y a que des faits successifs*, on devra reconnaître qu'en accumulant incessamment et sans critique des histoires fort détaillées de maladies, on a fait peu de chose au point de vue du véritable progrès.

De même que tous les écrivains, nous devrons, dit le docteur Gendrin, prendre pour but de nos recherches et pour principes de nos doctrines les faits et l'observation. Mais les faits sont stériles par eux-mêmes, ils ne deviennent des observations que lorsqu'on les soumet à l'analyse et à la discussion. Les conséquences qu'on en déduit ne peuvent se généraliser sans crainte d'erreur, que lorsqu'elles conservent le cachet de l'observation directe dont elles dérivent. La vérité d'un principe résulte moins du nombre des faits que de la rigueur du raisonnement et de l'évidence des observations qui servent à l'établir. (Gendrin, *Traité philosophique de médecine pratique.*)

Un philosophe de nos jours a dit avec une haute raison: La perception des lois universelles des êtres est excitée en nous et non déduite de ces cas qui, quelque nombreux qu'ils fussent, ne sont en dernier résultat que limités et fixés. Les lois de la vie engendrent et régissent les phénomènes en santé et en maladie, et une fois reconnues elles sont la lumière qui doit éclairer et guider le médecin dans l'étude si complexe des objets auxquels se rapportent ses méditations. Dans la sphère qui leur appartient, ces lois vitales participent de l'universel comme les lois géométri-

ques, elles ne sont pas du tout un mélange confus de quelques cas particuliers. Ce n'est pas en multipliant les faits relatifs à la chute des graves, que Newton est arrivé à la découverte des lois de la pesanteur. C'est en réfléchissant profondément aux circonstances de la marche descendante des corps. Accumuler, puis compter des faits dont le nombre finit par devenir un fardeau pour la science, c'est perdre le temps et appliquer les forces de l'intelligence à un travail sans fruit. En procédant ainsi, il n'est plus au pouvoir de l'esprit de poursuivre l'étude approfondie et comparée de quelques faits, de les examiner sous leurs divers aspects et relativement aux éléments qui constituent un fait en lui-même.

Dans une science qui a pour objet les phénomènes de la vie toujours essentiellement complexes et variables, dit encore le docteur Gendrin, les faits quelque nombreux qu'ils soient, comptés, rassemblés au hasard et comparés d'après leurs formes extérieures les plus saillantes, ne peuvent servir de prémisses à des conclusions rigoureuses. Les exceptions négligées peuvent être l'expression de la loi la plus générale. La méthode statistique en médecine a conduit des hommes de bonne foi à un empirisme stérile ou à un scepticisme exagéré. La philosophie de la science procède d'une manière contraire ; elle s'attache à décomposer les faits par l'analyse, à en comparer les éléments. Nous regardons, ajoute le même auteur, les conséquences d'un seul fait comme établissant une vérité incontestable, quand elles sont conformes aux principes déduits immédiatement d'observations directes ou de rapports constants de cause à effet, en anatomie, en physiologie et en pathologie. (*Tr. Phil. de méd. pratique.*)

L'éclectisme, nous continuons de citer, a la prétention d'emprunter à toutes les doctrines les vérités établies par l'observation, et d'en construire la sienne ; mais en médecine comme en philosophie, l'éclectisme tue les prinpes par indifférence et dissout la science par le scepticisme. Le triage de l'éclectisme suppose une doctrine première, mesure *et criterium* de toutes les doctrines, et qui rentre nécessairement dans l'opération propre et personnelle de

chaque esprit ; admettre cela, c'est sortir de l'éclectisme. (*Gendrin, Traité philosophique de médecine pratique.*)

En médecine comme en toute science, avant d'aborder l'observation, il faut donc admettre que les faits pathologiques sont régis par les lois vitales, se manifestant dans un état anormal de l'économie ; autrement, nous n'aurions que des faits successifs sans loi universelle ou commune. D'où il suit que ne pouvant acquérir la connaissance que d'un certain nombre de cas particuliers, en droit, nous ne pourrions rien conclure ; et c'est en effet là qu'on arrive logiquement, tout en élevant si haut l'observation, c'est-à-dire au scepticisme, ou en d'autres termes au néant de la science, puis, en fin de compte, au rire de l'école voltairienne. L'oreiller du scepticisme peut-être fort commode, a dit quelque part Montaigne, mais il faut pouvoir se résigner à la nonchalante torpeur dans laquelle ne tarde pas à tomber celui qui est tenté d'y reposer sa tête.

Ces considérations générales sembleraient n'être qu'une digression, et cependant elles nous ont paru se rattacher essentiellement au travail que nous venons de lire. En médecine, et par conséquent en physiologie, l'étude d'un seul point touche à tous les points de la science.

Pour conclusion, nous croyons pouvoir établir ce qui suit :

1° Dans les hydropisies qui n'ont pas pour cause une altération organique, la guérison peut souvent avoir lieu ; le plus ordinairement elle s'obtient par l'accroissement de la sécrétion des urines, fonction faisant antagonisme à la sécrétion séreuse interstitielle et à celle des membranes séreuses.

2° Cette diurèse peut se manifester spontanément, et par le fait de la puissance médicatrice, loi de l'organisme dans l'état de maladie.

3° L'acétate de potasse administré à haute dose, agit énergiquement comme diurétique dans ces cas, et détermine rapidement une diurèse abondante et salutaire.

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE.

BULLETIN DES SÉANCES.

Séance du 11 *juillet* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

La Section a reçu entre autres ouvrages :

1° *Observations et recherches sur l'oblitération de la veine-porte et sur les rapports de cette lésion avec le volume du foie et la sécrétion de la bile*, par E. Gintrac,

professeur de clinique interne et directeur de l'école de médecine de Bordeaux.

M. Malherbe est nommé rapporteur.

2° *De la famille des Loganiacées et des plantes qu'elle fournit à la médecine*, thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue le 7 juin 1856, par Louis-Edouard Bureau.

M. de Rostaing de Rivas est nommé rapporteur.

L'ordre du jour appelle M. Mabit à la tribune pour lire une note au sujet des empoisonnements par *l'Œnanthe crocata*. Dans cette note, il expose succinctement les caractères différentiels de *l'Œ. peucedanifolia*, de *l'Œ. pimpinelloïdes* et du *Chenopodium-Denudatum*, plantes dont il est facile de confondre les tubercules avec ceux de l'*Œnanthe crocata*. M. Mabit met en outre sous les yeux de ses collègues les plantes des trois premières espèces.

M. Rouxeau succède à M. Mabit et donne lecture de plusieurs *Observations d'éclampsie albuminurique, suite de scarlatine* (1).

M. Malherbe lit ensuite une *Observation de psoïtis terminé par la mort* (2).

M. Aubinais demande à faire une communication verbale au sujet d'un accouchement dans lequel le fœtus naquit parfaitement viable et vivant, le placenta offrant cette particularité de l'existence d'une masse dure qui lui était adhérente, masse qui fut reconnue par M. Chenantais pour les débris d'un fœtus de 4 mois environ.

M. Aubinais croit que l'arrêt de développement de l'un des fœtus dans les grossesses gémellaires, est bien plus souvent le résultat d'une cause traumatique, comme dans ce cas-ci, où la mère avait reçu un coup dans le flanc gauche, pendant les premiers mois de sa gestation, que l'effet du développement prépondérant de l'autre fœtus.

---

(1) Voir plus loin, p. 139.
(2) Voir le numéro précédent, p. 95.

MM. Malherbe, Mabit et Deluen rappellent des faits analogues, mais sans pouvoir rien affirmer touchant la nature de la cause de ces arrêts de développements de l'un des fœtus jumeaux.

Séance extraordinaire du 22 *juillet* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

Cette séance fut consacrée à l'examen de M. E.-A. Groux, de Hambourg, porteur d'une fissure congénitale du sternum, qui permet de voir et de palper le pouls aortique et surtout les mouvements de dilatation et de contraction de l'oreillette droite.

Séance du 22 *août* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

L'ordre du jour appelle la lecture d'une *Observation clinique* par M. Rouxeau (1).

M. Letenneur lui succède à la tribune et lit *deux Observations de rupture de l'utérus* (2).

M. Aubinais demande la parole. Il reconnaît, comme l'a dit M. Letenneur, que les faits de rupture de l'utérus pendant le travail sont rares, et pense exagérée la proportion d'un de ces accidents sur 900 accouchements, chiffre admis par la statistique et consigné dans le *Manuel des accouchements* de J. Jacquemier. Quant à lui, il est du nombre des médecins qui ont eu le bonheur de n'avoir eu aucun de ces faits à observer. Il croit ces ruptures dues, le plus souvent, aux moyens employés pour déli-

---

(1) Voir plus loin, p. 155.
(2) Voir plus loin, p. 163.

vrer la femme ou à de fausses manœuvres. La rupture spontanée est des plus rares, s'il s'en rapporte à ses lectures.

M. Malherbe demande à faire une communication verbale. Chacun de nous, dit-il, se rappelle l'épidémie de choléra de 1854. L'année suivante (1855), on compta à Nantes 65 décès dus au choléra. Cette année (1856), sous l'influence des violentes chaleurs que nous avons eues à supporter, nous avons vu, de nouveau, apparaître plusieurs cas de choléra, dont quelques-uns ont été mortels, et un grand nombre de cholérines. Les décès, jusqu'à présent, atteignent le chiffre 20. Toutefois, il ne faut voir, dans cette réapparition du choléra en 1855 et 1856, que les reliquats de l'épidémie de 1854, et non une nouvelle invasion. Un fait à remarquer, c'est la dissémination dans toute la ville de la maladie, qui ne remonte plus, comme en 1854, le lit du fleuve et a même complétement épargné le quartier de l'Hermitage, son premier point de départ à cette époque. Cette fois, le fléau a surtout frappé de mort les enfants au-dessous d'un an. (*Cholera infantilis.*) Quelquefois ces diarrhées ont foudroyé les malades dans vingt heures, et, en certains cas, elles ont revêtu le caractère de la dysenterie. M. Malherbe a remarqué l'invasion de nombreuses diarrhées chez les enfants coïncidant avec le développement d'un orage, et cette observation, il l'avait déjà faite dans les années précédentes.

M. Rouxeau a vu quatre cas de choléra, deux ont été peu intenses; des deux autres, l'un a été mortel en 36 heures, le second, en 6 heures; celui-ci a sévi sur un goutteux, faisant depuis longtemps un large usage des pilules de Lartigues.

M. Malherbe demande à M. Rouxeau si, dans ce dernier cas, il ne s'agirait pas plutôt d'un empoisonnement par le colchique, que d'un choléra, les caractères de ces deux maladies, ayant plus d'un rapport commun. Ne penserait-il pas du moins que ces deux influences ont pu être réunies?

M. Rouxeau répond que le malade en question était

un homme âgé de 62 ans, ayant la goutte depuis une vingtaine d'années. Lors de ses attaques, il avait l'habitude de prendre 6 à 8 pilules de Lartigues par jour. Cette dernière fois, il avait pris, pour combattre ses douleurs, six pilules en 12 heures, lesquelles provoquèrent une diarrhée suivie de réaction. Alors seulement, au moment où le malade n'était plus préoccupé que de régler son régime, survint l'algidité accompagnée des autres symptômes cholériques qui emportèrent le malade.

M. Padioleau a eu à donner ses soins à notre confrère M. Legouais, qui a été pris subitement d'un véritable choléra, actuellement en voie de guérison.

M. Hélie a soigné un enfant chez lequel le choléra a duré 15 heures. Il a également vu mourir en 12 ou 15 heures, une femme de 82 ans, qui s'est éteinte sans douleurs, après un affaiblissement progressif. Il a remarqué que, dans les dernières épidémies, si le choléra est accompagné généralement de souffrances moindres, en revanche, la réaction est moins sûre et moins franche que dans l'épidémie de 1832.

M. Deluen ajoute à tous ces faits que, depuis un mois, les accidents gastro-intestinaux sont très-fréquents; déjà il en avait signalé l'existence dans une précédente séance, mais depuis quinze jours surtout leur recrudescence est évidente. Un symptôme qui l'a frappé, c'est la sensation d'oppression épigastrique. En présence de ces symptômes gastro-intestinaux, il s'est demandé s'il y avait avantage à avoir recours aux évacuants et à les préférer aux opiacés. Son expérience lui a décidément fait donner la préférence aux premiers.

Séance du 12 *septembre* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

L'ordre du jour appelle la lecture d'un rapport sur un

opuscule, de M. Gintrac, directeur de l'école de médecine de Bordeaux, intitulé : *Observations et recherches sur l'oblitération de la veine-porte, et sur les rapports de cette lésion avec le volume du foie et la sécrétion de la bile,* par M. Malherbe (1).

M. Herbelin est ensuite appelé à la tribune pour donner à l'assemblée communication d'une *note sur les différentes magnésies médicinales.* Il en compte quatre sortes : 1° la magnésie du codex ; 2° la magnésie éteinte ou hydratée ; 3° la magnésie lourde, dite de Henry ; 4° enfin le sous-carbonate de magnésie. Après être entré dans quelques détails sur leurs caractères différentiels et leurs propriétés diverses, M. Herbelin croit devoir s'enquérir de la sorte de magnésie qui doit être, en définitive, livrée par le pharmacien, lorsqu'on demande à celui-ci de la *magnésie anglaise*, les praticiens comme les auteurs ne lui paraissant pas d'accord à ce sujet.

Cette question provoque une discussion à laquelle prennent part MM. Mabit, Pincet, Herbelin, Mauduit, Malherbe et Deluen, et qui démontre, en effet, l'existence de ce défaut d'accord, les uns entendant désigner sous le nom de *magnésie anglaise, sous-carbonate de magnésie,* et les autres, la *magnésie calcinée* du codex. On éviterait ces malentendus, dit M. Malherbe, en bannissant de nos formules l'épithète indiquant la provenance de la magnésie, pour y substituer toujours le langage plus rigoureux et exempt d'équivoque, de la chimie moderne.

M. Mauduit signale l'abus que font beaucoup d'étrangers, de la magnésie lourde, dite de Henry, et qui a quelquefois pour résultat la formation de concrétions magnésiennes dans les intestins.

M. Hignard a vu en effet la mort résulter du séjour dans les intestins de ces amas de magnésie.

---

(1) Voir plus loin, p. 169.

La discussion étant épuisée, M. le président prie les membres qui auraient quelques renseignements à donner à leurs collègues, sur les maladies régnantes et la constitution médicale actuelle, de vouloir bien prendre la parole.

M. Hignard dit qu'il a constaté depuis trois semaines ou un mois, l'existence dans ses salles de l'Hôtel-Dieu, d'un très-grand nombre de dysenteries parmi les militaires, mais aucun n'a encore succombé. Le traitement a été chez tous à peu près le même; poudre d'ipécacuanha à doses vomitives, et cela répété jusqu'à trois fois au besoin. Chez quelques-uns, il a fallu, en outre, administrer la manne. Dans deux ou trois cas seulement, où la douleur prédominait, quelques sangsues ont été appliquées dans la fosse iliaque gauche. Le reste du traitement a consisté dans l'administration des tisanes albumineuses ou gommeuses, dans des quarts de lavement d'eau de lin et de pavots, puis enfin dans les opiacés à l'intérieur, alors que les selles devenaient bilieuses.

Nulle autre communication n'étant faite, la séance est levée.

Le Secrétaire,

LE HOUX.

OBSERVATION d'éclampsie albuminurique, suite de scarlatine, par M. CH. ROUXEAU, D.-M.-P.

MESSIEURS,

Parmi les différentes variétés de la maladie de Bright, permettez-moi d'en choisir une, peut-être la plus aiguë,

certainement la plus fugace, la plus bénigne, puisqu'elle se termine habituellement par la guérison ; je veux parler de l'albuminurie scarlatineuse. Encore dois-je me borner à décrire une seule phase de cette affection si bien traitée par les écrivains voués à l'étude de la pathologie infantile, notamment par MM. Legendre et Rilliet ; phase qui semblerait assez rare, si l'on en juge par le petit nombre d'exemples trouvés dans les ouvrages les plus récents. MM. Barthez et Rilliet eux-mêmes, dans la dernière édition de leur remarquable *Traité des maladies de l'enfance*, n'ont pu réunir sur l'éclampsie albuminurique, suite de scarlatine, qu'une douzaine de cas, dont deux seulement leur sont personnels. Apporter des faits nouveaux et scrupuleusement observés sur une maladie rare, dont l'histoire doit, par conséquent, présenter de nombreuses lacunes, des points obscurs, des explications hasardées, m'a paru chose utile. Mais quelque degré de certitude qu'on y puisse rencontrer, ces faits ne combleront point toutes ces lacunes ; ils n'éclaireront point tous ces côtés obscurs, ils ne résoudront point toutes ces difficultés. Ils ont même l'inconvénient d'une grande uniformité de physionomie, que l'éclampsie scarlatineuse n'affecte certainement pas toujours, puisqu'on y voit prédominer tantôt les convulsions, tantôt le délire ou le coma, tantôt la paralysie. D'ailleurs, on n'écrit pas l'histoire d'une maladie avec trois ou quatre observations, quelque sévèrement recueillies qu'elles puissent être. Je les regarde seulement comme des matériaux susceptibles de présenter un certain degré d'à-propos et d'utilité à une époque où la maladie de Bright est l'objet de nouvelles et profondes études. C'est à ce titre, Messieurs, que je viens les soumettre à votre appréciation.

1re Observation.

Jules Lebrun, 7 ans, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu de symptômes graves du côté des centres nerveux, est pris, au commencement de janvier 1856,

d'une maladie caractérisée par de la fièvre, de la céphalalgie, un brisement général, quelques nausées et un peu de mal à l'épigastre et à la gorge, et de la rougeur à la peau. Au bout de quelques jours, les accidents se sont calmés, la rougeur de la peau et l'angine ont disparu, la fièvre s'est évanouie, l'appétit est devenu plus vif ; l'enfant veut se lever, et les parents qui, malgré la présence d'une épidémie de scarlatine, n'ont point reconnu la nature d'une maladie légère en apparence, le laissent immédiatement retourner à l'école.

Je le vois, par hasard, le 26 janvier, à l'occasion d'une affection semblable chez sa sœur, dont j'aurai bientôt à parler. La face est pâle, légèrement bouffie autour des yeux ; la peau, généralement sèche, un peu œdématiée, ne gardant nulle part l'impression du doigt, présente quelques traces de desquamation sur les mains, les épaules et le cou; il existe un peu de dysphagie et de rougeur au pharynx. Du reste, l'enfant est gai, mange bien et dort de même. J'engage les parents à garder leur fils à la chambre, pour traiter une anasarque qui peut avoir des suites fâcheuses. Mes conseils sont reçus avec cette incrédulité traditionnelle qui, dans le peuple, ne fléchit pas toujours devant les plus rudes leçons. J. L. retourna à son école, et il ne fut plus question de lui pendant quelques jours.

Cependant, l'œdème général fit des progrès ; la face devint énorme ; les paupières, infiltrées, voilèrent une grande partie du globe oculaire ; les membres, le scrotum furent envahis. Toutefois, le sommeil est bon, l'appétit presque intact, malgré quelques nausées fugaces et un peu de constipation.

8 février. La peau est chaude, sèche et rénitente, ne conservant point l'impression du doigt ; le pouls, irrégulier, n'a qu'une fréquence modérée ; la tête est un peu lourde, la langue un peu sale. Les urines ont la couleur de bière trouble ; traitées par l'acide nitrique, elles donnent un coagulum abondant ; examinées au microscope,

elles présentent une grande quantité de globules sanguins.

Huile de ricin, tisane nitrée, infusion de digitale, enveloppement dans une couche d'ouate.

10 février. Le matin, Jules est très-bien ; il joue sur son lit, cause, chante et demande à manger ; la céphalalgie a disparu. Tout d'un coup, sans prodrômes, il est pris d'une convulsion. Les parents, épouvantés, m'envoient chercher.

A mon arrivée, je trouve le petit malade privé de connaissance et de sentiment, pâle, les yeux fermés, les pupilles dilatées, les lèvres couvertes d'écume et agitées à intervalles réguliers par une expiration bruyante, stertoreuse. La peau est moyennement chaude, comme transparente ; le pouls fréquent. Bientôt il se renverse en arrière, les yeux s'ouvrent largement, deviennent fixes et agités d'un tremblottement rapide. Des secousses légères, ressemblant à un frémissement incessant, ont lieu dans les paupières et l'orbiculaire des lèvres. Puis la tête se tourne tout entière du côté gauche, les bras et les jambes se raidissent en frissonnant ; puis une grande agitation de tout le corps ; face vultueuse et violacée, surtout aux lèvres et autour des yeux ; écume à la bouche, puis détente générale avec ce stertor si connu.... Mais je m'arrête, car je m'aperçois que je décris minutieusement une attaque d'épilepsie ou d'éclampsie puerpérale, maladies avec lesquelles l'affection que je décris offre une ressemblance de forme des plus complètes.

Au bout de quelques minutes, nouvelle attaque ; une trentaine se succèdent ainsi dans la journée. Dans l'intervalle, résolution des membres, surtout à droite ; perte absolue de connaissance ; abolition de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale. On peut toucher les conjonctives avec les barbes d'une plume, sans déterminer de clignottement. Le pouls est petit, serré, excessivement fréquent ; l'œdème général, quoique peut-être un peu diminué ; la peau chaude et sèche, surtout au front ; ventre toujours serré ; un vomissement bilieux entre deux attaques.

6 sangsues aux genoux ; elles saignent énormément ; 2 vésicatoires aux jambes, glace sur le front ; 50 centigr. de calomel, qui donnent des selles abondantes et nombreuses.

11 février. Tous ces accidents ont disparu comme par enchantement. Le malade est sans fièvre, sans céphalalgie ; mais il a conservé un peu d'étonnement et de bouffissure. Du reste, il est assez bien. A peine reste-t-il quelques traces d'albumine dans les urines, qui ont conservé leur couleur de bière, et quelques rares globules sanguins épars dans le champ du microscope. Point de toux ; faim très-accusée.

Calomel, 25 centig. Tisane nitrée édulcorée avec le sirop de digitale. Envelopper l'enfant dans une couche d'ouate.

13. Pas de fièvre : 86-88 puls. Bien du reste.

14. L'anasarque s'est reproduite plus considérable que jamais. Toutefois, il reste à peine des traces d'albumine dans les urines. La fièvre s'est rallumée ; pas le moindre symptôme du côté des centres nerveux.

Même traitement.

15. Sous l'influence probable de quelque imprudence que l'on n'ose m'avouer, la nuit a été mauvaise ; l'œdème général est énorme, surtout au scrotum ; l'urine contient une forte proportion d'albumine ; la fièvre est vive, le pouls à 130. Du reste, l'intelligence est saine, le sommeil parfait, et les accidents cérébraux que l'on pourrait redouter ne se montrent point.

Calomel. Teinture d'aconit et de digitale. Le reste est *suprà*. Alimentation légère.

18. L'anasarque et l'albuminurie ont presque entièrement disparu.

3 potages. Continuer l'aconit et la digitale.

20. Retour de l'hydropisie et de l'albumine dans les urines, qui sont rougeâtres et troubles. Point de fièvre ; appétit fort vif.

Même traitement.

A partir de ce jour, les alternatives d'augmentation et

de diminution dans l'anasarque et l'albuminurie cessent de se manifester ; l'infiltration se dissipe lentement, mais sûrement ; l'acide nitrique détermine dans les urines un coagulum de moins en moins abondant ; les forces digestives s'éveillent ; le sommeil est parfait. La digitale et l'aconit, auxquels on ajoute quelques pastilles de fer, sont continués quelque temps encore ; une nourriture réparatrice est prescrite, et J. L. sort enfin, vers le 8 mars, de cette affection si grave et si longue.

2° Observation.

Marie Lebrun, 9 ans, brune, forte, bien portante ordinairement. Scarlatine angineuse débutant le 22 janvier 1856.

Le 8 février, 17 jours après le début de cette affection, malgré toutes les précautions possibles, un œdème léger occupe la face et les membres. La peau, en pleine desquamation, est presque transparente, sèche et rénitente. Pas de fièvre ; anorexie, quelques vomissements, constipation opiniâtre ; urines rares, couleur de bière, précipitant très-abondamment par l'acide nitrique et contenant du sang, très reconnaissable à l'aide du microscope.

Huile de ricin : 10 gr. Potion avec teinture de digit. Enveloppement dans une couche d'ouate.

10. L'état de son frère la jette dans une épouvante impossible à décrire. Pourtant elle est sans fièvre, mais très-infiltrée ; les yeux à demi-fermés par les paupières œdématiées ; les joues, légèrement colorées, ont une rénitence remarquable. La peau ne conserve nulle part l'impression du doigt. Le soir, un peu de somnolence et de mauvaise humeur.

J'annonce une attaque d'éclampsie imminente et je prescris des sangsues aux malléoles et du calomel à dose fortement purgative.

La maladie de son frère fait oublier mon pronostic et ma prescription.

Le 11. Ma prévision s'accomplit à la lettre : Marie

est prise d'une attaque d'éclampsie analogue à celle de Jules, et qui dure quinze heures. Seulement, les convulsions sont moins fréquentes.

8 sangsues aux genoux ; elles saignent abondamment ; 2 vésicatoires aux jambes; calomel, 50 centig. qui donnent des selles nombreuses.

Le 12, les accidents sont conjurés. La connaissance est parfaite, mais l'humeur est assez maussade, la tête légèrement douloureuse. La fièvre est presque nulle, la peau sèche, livide, très-infiltrée, surtout aux paupières, aux pieds et aux mains. Point de toux ; anorexie ; quelques vomissements causés par le calomel. Pas de selle depuis hier.

Calomel, 50 centig ; teinture de digitale et d'aconit ; ouate autour du corps.

14. L'anasarque se dissipe assez rapidement, excepté aux paupières; la face semble diminuée d'un tiers. Il existe encore un peu d'albumine dans les urines. Appétit, point de fièvre ni de céphalalgie, bon sommeil.

Contrairement à son frère, que nous avons vu marcher à la guérison à travers des alternatives nombreuses de mieux et de plus mal, Marie suit une progression toujours croissante vers un rétablissement qui est à peu près complet dans les derniers jours de février.

Comme pour Jules, le traitement de l'anasarque a consisté dans l'administration fréquente du calomel et l'usage longtemps prolongé de la digitale et de l'aconit.

I. — Que Jules L. ait été pris d'anasarque et d'albuminurie, après s'être exposé, dès les premiers jours d'une convalescence de scarlatine, au froid humide des mois de janvier et de février, en un mot à toutes les intempéries que les enfants, en général, redoutent si peu, il n'y a rien, à coup sûr, dans ce fait, qui ait droit de nous surprendre. Tous les jours, sous l'influence de causes bien plus légères, bien fugitives, insaisissables même, nous voyons cette fâcheuse complication rejeter les malades dans un nouveau danger.

L'histoire de Marie L. en est une preuve. Elle suit scru-

puleusement les prescriptions qui lui sont faites, aucune imprudence n'est commise; l'air de la chambre n'est renouvelée qu'avec un certain luxe de précautions. Néanmoins, l'œdème se manifeste bientôt et acquiert plus de volume que chez son frère.

Il n'est point rare, répéterai-je, de voir des enfants que l'on entoure de tous les soins les plus vigilants, dont la température la plus belle semble favoriser la convalescence, près desquels les règles les plus minutieuses d'une sage hygiène, sont observées avec intelligence et qui ne peuvent échapper à l'anasarque (1); tandis que d'autres sont exposés à toutes les causes les plus actives d'hydropisie et ne sont pas atteints.

Je pourrais citer l'exemple d'une jeune femme qui eut, au commencement d'avril dernier, une scarlatine grave, avec délire furieux revenant surtout la nuit. A chaque instant, elle échappait aux personnes qui la veillaient et s'enfuyait nu-pieds et en chemise dans l'escalier où l'on avait de la peine à la saisir et à s'en rendre maître. Malgré ces faits regrettables, elle n'eut aucune trace d'albuminurie ni d'œdème.

Serait-il moins dangereux, au point de vue de l'anasarque, de s'exposer au froid pendant la période d'éruption que pendant celle de desquamation? C'est un problème dont je n'ose aborder la solution, faute de données suffisantes.

II. — Poursuivons l'étude comparative de nos deux observations :

Nous retrouvons dans l'évolution des symptômes cérébraux la même différence que dans celle de l'hydropisie. Marie L. assiste à toutes les péripéties de la maladie de

---

(1) J'ai sous les yeux l'observation d'une enfant de 5 ans, Alexandrine C., de Pilleux, qui, après un séjour d'une demi-heure à peine à sa fenêtre, vers le 20 ou 25e jour d'une convalescence de scarlatine, au mois de mai, par un temps magnifique, fut prise d'anasarque avec une ascite énorme.

son frère, agité d'horribles convulsions, elle voit et partage la frayeur et le désespoir de ses parents foudroyés sous le coup d'un malheur aussi terrible qu'inattendu. Sa frêle organisation nerveuse, déjà ébranlée par une double affection, reçoit une nouvelle et irrésistible secousse. Nous pressentons l'arrivée de l'éclampsie, elle ne se fait pas attendre. Soit que l'hydropisie ait envahi les membranes ou les ventricules du cerveau, soit que les sympathies de l'encéphale aient été seules en jeu, toujours est-il que moins de 24 heures après le début des convulsions chez Jules, sa sœur est prise des mêmes symptômes.

L'on s'étonnerait presque que, dominée par tant de causes, une scarlatine, une anasarque des plus prononcées, un chagrin des plus violents, une terreur aussi subite, cette pauvre enfant eût échappé à cette dernière phase de sa maladie. Mais il est moins facile d'expliquer l'éclampsie chez J. Quelques minutes avant l'invasion des accidents convulsifs, il riait, chantait et demandait à manger. Il n'éprouvait aucun de ces symptômes avant-coureurs qui annoncent les affections cérébrales; point de céphalalgie, point de changement dans l'humeur, point d'insomnie; l'appétit est conservé; à peine quelques nausées et une légère constipation se sont-elles fait sentir, encore ces phénomènes ont-ils disparu sous l'influence de quelques grammes d'huile de ricin. Je ne puis expliquer l'éclampsie que par une disposition insaisissable de l'économie. Et pourtant, quand je considère que J. L. n'avait jamais eu de symptôme grave du côté des centres nerveux, quand je relis l'observation à laquelle j'ai fait allusion dans ma dernière note, l'histoire d'une enfant qui avait eu, dans ses premières années, une affection cérébrale, que j'ai soignée depuis pour une fièvre intermittente pernicieuse avec délire et convulsions, qui n'avait jamais la moindre maladie que le cerveau n'en éprouvât une douloureuse impression, et qui, cependant, vit sa convalescence de scarlatine compliquée d'une anasarque avec ascite énorme, sans le moindre retentissement du côté de l'encéphale; quand j'envisage toutes ces circonstances, j'avoue que je trouve le fait de J. L. plus inexplicable en-

core. Mais que de choses en médecine qui échappent à toute explication.

III. — La première observation présente dans sa marche certaines anomalies, un certain désaccord qui, tout en constituant un problème actuellement insoluble pour moi, méritent cependant d'être mentionnés. La guérison n'arrive qu'à travers plusieurs alternatives d'amélioration et d'aggravation ; aujourd'hui l'enfant semble sauvé ; le lendemain, l'hydropisie, l'albuminurie, la fièvre ont augmenté ; ou bien c'est l'un de ces phénomènes qui reste stationnaire, quand les autres prennent plus d'importance. Mais ce que je regarde surtout comme digne d'attention, c'est qu'à plusieurs reprises, l'anasarque fait de rapides progrès, la fièvre augmente, quand l'albumine semble sur le point de disparaître des urines ; c'est qu'à plusieurs reprises également, la proportion d'albumine s'accroît notablement, quand l'hydropisie marche vers une heureuse terminaison.

Souvent, en examinant, dans la même séance, les urines du frère et de la sœur, je suis resté étonné en voyant celles du sujet le plus infiltré bien moins albumineuses que les autres. Enfin un troisième ordre de faits tout aussi curieux, c'est que des urines fort colorées, chez lesquelles je m'attendais à trouver une quantité très-considérable d'albumine, ne m'en offraient que des traces, tandis que, quelques jours après, elles étaient claires, limpides et fortement coagulables. Je le répète, ces particularités sont restées une énigme pour moi. Il eût fallu, pour l'expliquer, étudier bien des faits liés à ceux-ci par une étroite connexion, tels que la quantité et la nature des boissons ingérées, la quantité, la densité et la composition des urines excrétées, le résultat variable des purgatifs employés constamment, la relation de la fièvre avec les autres phénomènes, etc., etc., études longues, difficiles, auxquelles enfin l'on ne songe pas toujours, auxquelles le temps ne permet pas toujours de se livrer.

IV.— Dans ces deux observations, le diagnostic n'offre au-

cune difficulté : scarlatine bien constatée, anasarque et albuminurie évidentes, convulsions formant la période extrême de cette progression pathologique, le tableau est complet. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Voici deux autres faits où la vérité ne peut être découverte que d'une manière approximative : encore le doute semble-t-il fort légitime à l'égard du second.

2e Observation.

Mlle E., 9 ans, rue Saint-Similien, 21, est prise tout d'un coup et pour la première fois de sa vie, de convulsions violentes, épileptiformes, avec perte de connaissance, face vultueuse, écume à la bouche.

Le 19 février 1856. Appelé en l'absence du médecin ordinaire, je constate un état des plus alarmants. Les convulsions exactement semblables à celles que j'ai décrites dans ma première observation, se succèdent rapidement avec un *crescendo* de violence et de durée. Tout plein encore du souvenir des enfants Lebrun, mes idées se portèrent immédiatement et tout naturellement vers une éclampsie albuminurique.

Cette jeune fille ne comptait dans sa famille aucun épileptique : elle n'avait jamais eu d'atteinte de mal caduc ; depuis longtemps elle n'était plus sujette aux affections vermineuses. D'un autre côté, elle n'avait point eu d'affection qui l'eût forcée de s'aliter. L'urine ne pouvait être examinée. Toutefois, en questionnant attentivement l'entourage de la malade, voici ce que j'appris.

Cette jeune fille avait éprouvé, vers le commencement de février, un mal de gorge assez violent qui avait duré plusieurs jours, et s'était accompagné de fièvre légère avec sentiment de courbature générale. Y avait-il eu rougeur de la peau et desquamation ? On n'en savait trop rien ; on avait l'air de le croire, mais n'était-ce pas par condescendance pour mes questions ? Toutefois, un phénomène qu'une des personnes de la maison avait formellement constaté, et dont elle avait fait tout haut la remar-

que, c'est que deux ou trois jours avant les convulsions, Mlle E. avait eu un peu de bouffissure au visage, surtout aux paupières inférieures. Grâce à ces données, et bien qu'il n'existât point de traces de desquamation, il était bien facile de croire à l'existence antérieure d'une de ces affections scarlatineuses avec éruption légère, fugace ou même nulle, dont l'épidémie qui dure encore nous a donné plus d'un exemple.

Sans pouvoir dégager complétement l'inconnue de ce problème, il était facile d'instituer un traitement. Une vigoureuse application de sangsues aux malléoles, du calomel à dose fortement purgative, une potion éthérée et des sinapismes promenés sur les extrémités inférieures, firent disparaître en 7 ou 8 heures tous les accidents.

Le lendemain, Mlle E. était en pleine connaissance, la nuit avait été assez bonne. Il existait encore un peu d'étonnement et de pesanteur de tête. La peau était chaude, un peu sèche, le pouls fréquent. Il restait à peine des traces d'infiltration aux paupières inférieures. Les faits indiqués par les personnes de la maison me furent alors confirmés par la malade, au moins quant à l'angine et à l'œdème des paupières ; la question de l'éruption est restée douteuse ; de desquamation, il n'en existait pas, elle n'en avait vu aucun vestige, et cependant, à cette époque (15 jours après l'éruption présumée), elle aurait dû être manifeste.

Il restait un dernier critérium : l'examen des urines. Celles du matin du 21 me furent apportées ; elles étaient claires, mousseuses, contenaient de rares globules de sang et précipitaient par l'acide nitrique. Le doute n'était plus permis, je me trouvais bien en présence d'une éclampie albuminurique. Mais cette albuminurie était-elle scarlatineuse? La lumière ne s'est pas faite sur cette question : il faut se borner à regarder le fait comme possible, probable même, mais l'affirmation ne peut dépasser cette limite. Du reste, je cessai complétement de voir cette jeune fille que je laissai aux soins de son médecin ordinaire. Je n'en ai plus entendu parler.

4e Observation.

Eugène Gruère, 30 mois, gros, fort et coloré, d'une bonne santé habituelle, issu d'une mère bien portante et d'un père toussant habituellement, a la rougeole dans le mois de janvier 1856. Rien d'anormal.

Depuis le 15 février il a un peu de fièvre le soir, il est plus irritable, son sommeil est un peu agité.

Le vendredi 23, augmentation de la fièvre et de l'agitation. Dans la nuit du 23 au 24, jactitation, insomnie, grincements de dents, irritabilité.

Le samedi, perte subite de connaissance, convulsions épileptiformes, écume à la bouche, face violacée, etc.

Je suis appelé à une heure, en l'absence de M. Barjolle, son médecin.

Visage turgescent, yeux fermés, pupilles largement dilatées, bouche violacée laissant échapper de l'écume sanguinolente; collapsus général consécutif à une convulsion qui vient de prendre fin. Quelques grincements de dents. Peau chaude, pouls petit, à 180. Une selle, pas de vomissements.

J'apprends que le matin l'enfant avait le corps d'un rouge framboisé, qu'on l'a levé pour ses besoins, et sans la moindre précaution; que cette rougeur s'est alors complétement évanouie en quelques instants.

3 sangsues aux malléoles; écoulement de sang considérable. Sinap. repétés aux extrémités inférieures. Calomel, 30 cent. Point de selle.

Le soir, je revois le petit malade avec M. Barjolle. Les convulsions ne se sont pas reproduites, mais l'enfant semble toujours sans connaissance, les yeux fermés, les pupilles dilatées, la face un peu moins congestionnée, quelques grincements de dents encore, ainsi qu'un peu d'agitation. La peau est chaude, framboisée sur les bras, les épaules et la poitrine. Le pouls s'est un peu élargi, il est à 160. Pas de toux, pas de vomissements, pas de selles.

Continuer le calomel.

25. Dans la nuit du samedi au dimanche, le sommeil a été assez bon et la connaissance est revenue complète à 1 heure du matin.

L'enfant est assis sur son lit, jouant et causant avec ses parents. L'éruption a totalement disparu ; la peau est blanche, mais modérément chaude ; le pouls souple, à 120 ; la langue belle, le ventre toujours serré. Pas de toux. L'urine est jaune, trouble, comme de l'eau tenant de la terre glaise en suspension, d'une odeur faible. Traitée par l'acide nitrique, elle s'éclaircit et devient rosée, à commencer par les couches inférieures, puis la totalité du liquide devient semblable à de l'eau légèrement vineuse. Au microscope, on découvre, non des globules de sang, mais une masse de granulations qui, à 600 diamètres, paraissent grosses comme la pointe d'un cheveu, isolées ou groupées, et agitées d'un mouvement incessant (Brownien).

Huile de ricin, 8 gr. (Quelques selles.)

Une fièvre rémittente tierce mal dessinée se déclare les jours suivants, au dire de M. Barjolle, et cède au sulfate de quinine.

Que nous ayons eu à traiter une attaque d'éclampsie, le fait n'est pas douteux. Les convulsions épileptiformes, l'écume à la bouche, la face vultueuse, le stertor, l'état comateux consécutif, etc., tous ces traits forment un tableau fort reconnaissable. D'un autre côté, cette rougeur framboisée, répandue sur tout le corps, le matin du 24, rougeur précédée de quelques jours de malaise et de 36 heures de fièvre, d'agitation, d'insomnie, de grincements de dents, dont la disparition, sous l'influence d'une imprudence, est suivie bientôt de phénomènes éclamptiques ; qui reparaît le soir, mais par places, sur les bras, les épaules et la poitrine, pour s'évanouir, sans retour, le matin du 25 ; cette rougeur, dis-je, était bien de nature à faire au moins soupçonner une scarlatine, surtout en présence d'une épidémie qui frappait à tant de portes. Mais, je dois l'avouer, il est difficile d'aller au-delà d'une simple supposition. D'ailleurs, nous nous trouvons bientôt

arrêtés par une nouvelle difficulté. Cette attaque d'éclampsie était-elle liée à une désalbumination du sang, à une maladie de Bright, en un mot? Il n'existait aucune trace d'œdème; les urines, loin de se coaguler par l'acide nitrique, s'éclaircissaient au contraire, et devenaient roses et limpides.... Des auteurs, M. Imbert Goubeyrre entre autres, prétendent que la maladie de Bright peut avoir lieu sans anasarque, sans albuminurie, sans lésion rénale même. M. Mialhe croit que la désalbumination du sang précède l'huminurie et l'anasarque. Ces deux opinions sont formellement réprouvées par les défenseurs de l'ancienne théorie, qui font ouvrir la série des symptômes morbides à l'affection des reins. Lesquels croire?

En relisant cette observation, je suis tenté de me demander si nous n'avons pas eu plutôt à combattre une fièvre intermittente à forme convulsive. Cette pyrexie rémittente assez vaguement exprimée dont me parla notre confrère et qui céda au sulfate de quinine, pourrait jusqu'à un certain point légitimer cette question. Toutefois, en considérant la marche continue des accidents initiaux, leur disparition graduelle et définitive, dès le second jour de leur plus grande intensité, la manifestation des accès rémittents, seulement quatre ou cinq jours après l'invasion de l'éclampsie, on est plutôt disposé à croire, sinon à la succession d'une maladie différente, du moins à l'expression, sous une autre forme, d'un principe non encore épuisé.

Du reste, malgré les desiderata qui se rencontrent dans l'histoire de ce malade que je n'ai vu que trois fois, elle ne laisse pas que d'être curieuse, ne fût-ce que comme objet de comparaison, comme moyen de diagnostic différentiel avec les observations précédentes.

V. — Je n'ai rien à dire du traitement. Pris au dépourvu, une première fois, je me suis adressé à la thérapeutique banale des affections cérébrales, sangsues, révulsifs, calomel, etc., moyens toujours employés, quelquefois heureux, souvent inutiles. La guérison rapide du premier cas devait m'encourager à persister dans la même

voie, a me servir des mêmes armes : elles me sont restées fidèles.

Mais, je dois l'avouer : en voyant quatre fois consécutives, guérir en quelques heures, franchement, presque sans convalescence, sous l'influence de quelques sangsues et de quelques centigrammes de calomel, des enfants saisis brusquement d'accidents aussi formidables, je n'ai pu me défendre d'un certain degré d'étonnement, surtout en songeant à la gravité des affections cérébrales dans le jeune âge. L'éclampsie albuminurique scarlatineuse ne serait-elle donc, malgré ce terrible déploiement de convulsions, qu'une maladie assez bénigne? Je ne puis le supposer. Des cas mortels signalés par MM. Barthez et Rilliet prouvent que les sujets atteints de cette affection sont toujours sous la menace d'un grand danger. Je suis plus disposé à croire que je me suis trouvé au milieu d'une de ces séries heureuses dont on n'apprécie pas toujours la raison, mais dont il faut savoir se défier dans une statistique. Que conclure d'ailleurs de quatre observations?

Je ne me dissimule point toute l'imperfection, toute l'insuffisance de cette ébauche. Parmi les questions qui se rattachent à ces observations d'éclampsie, quelques-unes ont été à peine indiquées, le plus grand nombre complètement laissées dans le silence. Mais, je le répète : donner un résumé des opinions régnantes sur une maladie dont l'histoire n'est point faite, me semble une œuvre stérile : créer du nouveau avec des données insuffisantes, une œuvre mort-née. On n'élève point un édifice, sans avoir laborieusement déblayé le terrain, consciencieusement accumulé des matériaux nombreux, indispensables. Cette sorte de création préliminaire exige un labeur long, patient, obscur. Faute de cette condition essentielle, bien des théories séduisantes ont eu presque dans le même jour leur période de splendeur et leur ruine complète. Sachons donc attendre et étudier avant de prononcer, dussent tous tous nos efforts aboutir au modeste rôle d'apporter une simple pierre perdue dans un édifice élevé par d'autres mains.

OBSERVATION *clinique, par* M. ROUXEAU, *Docteur-Médecin.*

Il n'est pas rare de trouver, sous un appareil symptômatique bien tranché, bien reconnu, des affections difficiles à apprécier, insaisissables même, véritables *noli me tangere*, diathèses rebelles qui ne fléchissent, sous une forme, que pour renaître sous une autre, souvent plus grave, plus tenace; vaincues en apparence, mais point domptées, finissant par prendre sur le malade et sur le médecin une dernière et triste revanche, si le hasard ou une observation plus rigoureuse ne fournissent la médication qui doit en triompher. En présence de ces cas obscurs, autant que singuliers, on se rappelle involontairement le vers d'Horace :

Naturam furca expellas, tamen usquè recurret.

Un exemple :

Une fièvre intermittente se présente à notre observation, dégagée de toute complication appréciable. Le sulfate de quinine, administré avec toute l'attention possible, enlève les accès plus ou moins facilement ; quelques jours après, le malade est pris d'une céphalalgie continuelle ; d'étourdissements, de vertiges, de brisement général, d'anorexie, de douleurs abdominales, d'une petite fièvre continue, etc., tous phénomènes nouveaux, qui laissent le médecin surpris et hésitant, jusqu'à ce qu'enfin un nouvel accès bien caractérisé vienne remettre les choses dans le même état qu'avant l'administration d'une thérapeutique intempestive et malencontreuse.

J'ai recueilli, cette année, l'observation d'une maladie analogue : elle m'a paru curieuse à plus d'un titre ; je vous demande la permission de vous la présenter, toute incomplète qu'elle est.

Huguier, 50 ans, ancien matelot, a perdu un bras à Navarin. Caractère violent et emporté, il a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais eu la syphilis.

Depuis 3 ans, il est affecté d'un rhumatisme articulaire, subaigu, généralisé, sans complication du côté du cœur. Les saignées, le colchique, les vésicatoires, les bains de vapeur suivis ou non de douches froides, n'ont eu, jusqu'ici, au dire du malade, qu'un succès douteux ou momentané.

Nous commençons un nouveau traitement vers la fin de l'année 1855. Une saignée, la teinture d'aconit napel, à doses croissantes, de 20 à 60 gouttes, une couche de collodion sur les articulations affectées, enlèvent en deux mois cette longue maladie. Il reste, toutefois, un peu de raideur dans les membres.

Dans les derniers jours de janvier 1856, dix ou douze jours après la disparition complète de la fièvre, des gonflements et des douleurs articulaires, une bronchite aiguë avec toux incessante se déclare sans cause appréciable.

Le 1er février, pendant une quinte de toux, une douleur déchirante se fait brusquement sentir à quatre travers de doigt au-dessous des dernières fausses-côtes droites; les mouvements du thorax sont presque impossibles, la palpation très-douloureuse, la fièvre intense ; la toux fréquente arrache des cris plaintifs au malade ; rien à l'auscultation et à la percussion de la poitrine et du cœur. La langue est sale, point de vomissements, point de nausées ; le ventre est serré.

Je crois avoir affaire à une péritonite limitée.

Saignée de 300 gr. (sang couenneux, peu riche); le soir, 10 sangsues sur le point douloureux.

Le 2, les accidents ont peu diminué : le malade croit sentir, dans l'endroit douloureux, une tumeur d'un petit volume. En effet, le doigt promené sous l'hypochondre,

trouve une dureté circonscrite, grosse comme une amande, dont il est difficile de préciser le siége et la nature. La douleur est toujours considérable, la dyspnée extrême, l'expectoration difficile, la palpation et la percussion très-pénibles. Point de nausées, point de vomissements, anorexie, soif, constipation, urines médiocrement abondantes ; peau chaude et moite, pouls à 96.

2 pilules de colchique et d'extrait de coloquinte; cataplasmes émollients, lavements purgatifs.

La douleur de côté et les autres accidents persistent, en s'amendant toutefois, jusqu'au 6.

Le matin, la douleur spontanée est nulle, la pression peu pénible, la respiration, les efforts de toux faciles, l'expectoration abondante. La bronchite est en voie de résolution, l'appétit revient... Avec un peu d'attention, on saisit, à quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes droites, une tumeur assez superficielle, située probablement dans l'épaisseur des parois abdominales et du volume de la moitié d'un œuf de pigeon. Quelle est la nature de cette tumeur ?

Vers deux heures de l'après-midi, tout-à-coup, sans cause appréciable, sensation d'une douleur déchirante, atroce, au niveau de la tumeur. Il semble au malade que de l'eau bouillante est versée dans l'abdomen et se répand jusque dans les testicules; suffocation imminente, respiration presque impossible, râle trachéal, lipothymies, face pâle, égarée, peau couverte d'une sueur froide; pouls petit, filiforme ; la tumeur dure, parfaitement circonscrite, a acquis 12 centimètres de longueur et 5 ou 6 de largeur ; son niveau supérieur reste fixe à quatre travers de doigt du rebord des fausses côtes. Quant à son épaisseur, elle paraît peu considérable; sonorité exagérée tout à l'entour; il semble que des anses intestinales la séparent du foie qui est refoulé en haut et gêne le jeu des poumons.

Pratiquée légèrement sur la tumeur, la percussion donne un son mat; plus profonde, elle donne un son clair qui

dénote que les intestins, distendus par des gaz, sont situés au-dessous et à une faible distance.

Le soir, la tumeur a 25 centimètres d'étendue dans tous les sens, mais elle est peu épaisse et adhérente aux parois abdominales; le malade est dans une anxiété extrême, dans une sorte de demi-asphyxie; râle trachéal, peau chaude et couverte d'une sueur visqueuse; pouls petit, dur et serré.

Quelle est la nature de cette tumeur? Probablement sanguine, si l'on s'en rapporte à la manière dont elle s'est produite. Son siége? Est-elle située entre le péritoine et les parois abdominales, comme je l'avais cru d'abord? Il est difficile de s'arrêter longtemps à cette opinion : la séreuse abdominale si tenue, eut infailliblement cédée sous la pression d'une telle masse de sang, et une péritonite foudroyante se fut bientôt déclarée. Il est probable que cet épanchement de sang existe entre les feuillets aponévrotiques des muscles abdominaux.

Saignée (couenne inflammatoire; glace sur la tumeur; boissons froides, immobilité et silence absolus, chlorydrate de morphine 10 centig.)

7. Point de changement. Le soir, un vomissement de matières à aspect fécal.

Même prescription.

8. La tumeur a pris du développement en largeur, mais elle est moins circonscrite, peu épaisse et moins douloureuse. Un vomissement semblable à celui d'hier. Point d'urines. La vessie, cependant, semble en contenir une certaine quantité. Le cathétérisme en donne environ 175 grammes. Constipation opiniâtre.

Huile de ricin; peu d'effet.

10. En examinant le malade dans tous les sens, j'aperçois, sur le flanc droit et sur les lombes, une énorme ecchymose qui ne laisse plus de doute sur la nature de l'affection.

Le 11, le malade est très-bien, la tumeur se résorbe rapidement. Il n'existe pas de fièvre, pas de toux; les articulations sont libres, le sommeil et l'appétit parfaits.

Tout promet une convalescence franche et rapide, quand un frisson violent signale le début d'une parotite à gauche qui se développe assez rapidement et s'accompagne d'une fièvre intense et d'une nouvelle bronchite avec accès suffocants.

Frictions avec une pommade composée d'onguent napolitain et d'extrait de belladone, parties égales.

12. Suffocation imminente, face bouffie, pâle, blafarde, toux quinteuse, expectoration de matières visqueuses. Râle sous-crépitant, des deux côtés, en bas, et postérieurement; respiration anxieuse. Parotite énorme, sans indice de suppuration, fièvre violente, pouls à 125.

Kermès, 50 centig.; un large vésicatoire dans le dos; continuer les frictions mercurielles sur la parotite.

14. La tumeur du ventre a diminué de moitié, la parotite semble se résoudre, la douleur y est beaucoup moins considérable. Le pouls est à 92, régulier, la peau peu chaude, la respiration est large et facile, presque normale, la toux rare, les râles humides moins abondants. L'état du malade est des plus satisfaisants, si l'on en excepte toutefois une stomatite mercurielle des plus prononcées.

Continuer le kermès; suspendre les frictions mercurielles et les remplacer par de simples cataplasmes émollients; gargarismes alumineux; toucher les gencives avec de l'acide chlorydrique.

15. L'épanchement continue à se résorber rapidement; le gonflement parotidien s'est affaissé. Bien qu'il reste encore un peu de bronchite et que la salivation mercurielle ait fait peu de progrès vers sa résolution, Huguier se trouve de mieux en mieux. Malheureusement, je n'ai pas songé au traitement héroïque de la stomatite mercurielle, le chlorate de potasse, et le malade souffrira encore plusieurs jours de ce regrettable oubli.

Vers midi, nouveau frisson avec invasion d'une douleur tellement vive dans les deux épaules et dans le bras gauche, que le moindre mouvement arrache des cris

aupatient ; fièvre intense, pouls dur, à 120 ; rien au cœur.

Saignée (sang couenneux) ; potion avec sulfate de morphine).

Le soir à 10 heures. 86 pulsations, point de toux, point d'expectoration, de douleurs de poitrine, ni d'oppression. La parotite a encore diminué, mais la douleur des épaules, du bras et du poignet est plus intense. La stomatite mercurielle reste à peu près stationnaire. Je ne serais pas éloigné de croire à la présence d'une fièvre intermittente.

16. Un accès pernicieux des plus violents. Le malade, dans un état d'asphyxie presque complet, est à demi assis dans son lit, soutenu par des chaises, la face est bleuâtre, les yeux dilatés d'une manière effrayante, l'air égaré, la peau couverte d'une sueur visqueuse.

Sulfate de quinime, 1 gr. 50 centig.

Les accès de fièvre, la toux, les douleurs rhumatismales, tout a disparu comme par enchantement.

Le 18. Le malade est très-bien ; pour la troisième fois, la convalescence semble se dessiner franchement. Il ne reste de toutes les souffrances dont nous avons donné la longue énumération, qu'un gonflement fort léger à la région parotidienne, et encore un peu de salivation.

21. Je suis péniblement surpris en retrouvant Huguier avec une nouvelle fièvre, et une tuméfaction considérable de la parotite, avec rougeur vive et douleur insupportable. La bouche peut à peine s'entr'ouvrir de quelques millimètres, la déglutition est presque impossible, la salivation mercurielle est presque aussi abondante que les premiers jours. Constipation.

Malgré la difficulté d'avaler, j'ordonne 50 grammes de sulfate de magnésie, qui déterminent des selles nombreuses.

22. La fièvre s'est calmée, mais la parotite est énorme et très-douloureuse, la salivation persiste.

Cataplasmes émollients ; lavement purgatif.

26. Une collection purulente des plus manifestes, a

lieu dans la tumeur parotidienne. Une ponction faite un peu en arrière de l'oreille, laisse écouler une grande quantité de pus.

2 mars. La suppuration est presque tarie, le gonflement faible, la fièvre presque nulle, le pouls à 78. Mais la main, les genoux et le pied droit sont gonflés, engourdis et douloureux, la face est naturelle, la bouche mauvaise, la langue sale, la salivation fort réduite.

7. Le gonflement de la parotite se reproduit pour la troisième fois, l'ouverture qui s'était fermée, est redevenue perméable au pus. Les jambes sont libres, mais le poignet est très-douloureux et enflé, le pouls fébrile, à 82. Bouche mauvaise, anorexie, langue sale; plusieurs selles causées par une pilule purgative.

14. Les douleurs rhumatismales et la protite ont beaucoup diminué, peu de fièvre.

Iodure de potassium, à commencer par 25 centig., en augmentant tous les jours de 25 centig., jusqu'à concurrence de 1 gramme.

17. Quatrième retour du gonflement parotidien. Mais ce gonflement diminue peu à peu sans suppurer: le 30, il n'en reste plus que des traces. A cette époque, l'état général est très-bon: la toux, l'oppression, la salivation mercurielle ont disparu sans retour, l'appétit est vif, le sommeil profond et réparateur; les douleurs rhumatismales s'effacent graduellement, et dans le courant d'avril tout est rentré dans l'ordre.

Seulement, à la suite de cette maladie si longue, si variée dans ses phénomènes, Huguier reste avec une faiblesse extrême, qui ne se dissipe que lentement.

Voilà, certes, un véritable protée qui succombe à peine sous une forme, qu'il reparaît plus menaçant sous une nouvelle, laissant chaque fois le médecin plus étonné, le malade plus affaibli, les ressources thérapeutiques plus bornées. Un rhumatisme multiarticulaire sans complication apparente, et durant depuis trois ans, cède en deux mois aux antiphlogistiques, à l'aconit, au collodion. Mais la joie du malade est de courte duré: bientôt survient une

bronchite aiguë, dont les quintes déterminent une déchirure, avec énorme épanchement de sang dans les parois abdominales, et qui compromet sérieusement l'existence. Ce nouveau danger est à peine passé, que se déclarent successivement une parotite énorme *à répétition* (si je puis prendre cette expression puisée dans le vocabulaire d'un célèbre syphilographe), puis une fièvre pernicieuse, sous forme de catarrhe asphyxiant, puis une troisième reprise de la parotite, puis enfin, à l'extrémité de ce cercle, retour à l'état primitif, c'est-à-dire explosion d'un rhumatisme polyarticulaire, qui ne cède qu'à l'iodure de potassium. Encore, dois-je à la vérité de dire, qu'il y a quelques semaines, H. se plaignait de douleurs vagues dans les membres.

Quelle était donc, en somme, cette bizarre affection ? Me suis-je trouvé en présence d'une diathèse rhumatismale masquée par un traitement inopportun ou insuffisant ? C'est possible. N'était-ce point une syphilis ancienne, se trahissant sous un aspect insolite et trompeur ? Les assertions de mon malade ne m'ont pas semblé une garantie suffisante : un matelot qui fournit sa carrière sans essuyer quelque orage, me semble un idéal difficile à rencontrer. Le succès de l'iodure de potassium semblerait encore de nature à justifier cette présomption, si l'on ne savait qu'il guérit souvent des rhumatismes complétement dégagés de l'élément syphilitique. Ce qu'il y a de certain, c'est que les jours du malade ont été en danger pendant toute la série des phénomènes qui ont succédé au rhumatisme initial ; que le danger a été complétement conjuré, du jour où les articulations ont été définitivement reprises par la rougeur et le gonflement.

Ce fait, joint à beaucoup d'autres semblables, ne prouve-t-il pas l'immense difficulté que présente le diagnostic d'une foule de maladies, je ne dis pas le diagnostic local, anatomique, presque toujours insuffisant ; mais le véritable diagnostic, celui de la cause, de la nature de l'affection, la connaissance des antécédents du malade, de son organisation, de ses habitudes, etc. Diagnostic,

sans lequel on voit tous les jours les affections les plus simples, en apparence, opposer aux efforts du médecin surpris, une résistance insurmontable autant qu'inattendue.

DEUX OBSERVATIONS de rupture de l'utérus, par le docteur LETENNEUR.

Bien que les cas de rupture de l'utérus ne soient pas excessivement rares, il est cependant un grand nombre de médecins qui ont eu le bonheur de n'en point observer ; c'est pourquoi il y aura toujours quelque intérêt à publier les faits qui se rapportent à ce redoutable accident de la parturition.

La rupture de l'utérus peut être spontanée, ou bien elle est déterminée par les manœuvres pratiquées dans le but de terminer l'accouchement ; mais dans l'un et l'autre cas, elle a lieu le plus souvent lorsque, dans une position vicieuse du fœtus, qui s'oppose à son expulsion par les seules forces de la nature, l'accoucheur n'intervient pas à temps et que la femme lutte énergiquement contre un obstacle invincible. Aussi les ruptures de l'utérus sont-elles rares dans les villes où les femmes reçoivent toujours des soins empressés et éclairés, tandis qu'elles sont, relativement du moins, fréquentes dans les campagnes où la pratique des accouchements est abandonnée à des matrones et à des sages-femmes dont l'instruction est malheureusement presque toujours insuffisante.

Ces femmes auxquelles on peut reprocher quelquefois d'être trop audacieuses, n'osent pas, où plutôt ne savent pas, dans certaines circonstances, agir à propos, bien que

l'indication soit précise et que l'expectation soit pleine de dangers.

Les deux observations qui suivent en sont la preuve, car la rupture de l'utérus aurait certainement été évitée dans les deux cas, si la version eût été faite en temps convenable.

1re Observation.

Le 20 janvier 1845, je fus appelé par le docteur Mary, de Palluau (Vendée), pour voir, au village de la Maladrerie, la femme Perrochaud, qui depuis quatre jours, était dans les douleurs de l'enfantement. Cette femme, âgée de 39 ans, avait eu plusieurs enfants, mais un intervalle de douze années s'était écoulé entre les deux dernières grossesses. Lorsqu'elle avait ressenti les premières douleurs, elle avait fait venir près d'elle une sage-femme, qui n'arriva qu'après la rupture des membranes, et lorsque déjà un bras s'était engagé dans le vagin.

Loin de faire de suite la version qui, probablement eut été facile, elle fit sur le bras des tractions fort énergiques, qui eurent pour résultat une fracture de l'humérus et la déchirure des parties molles au niveau de la fracture.

C'est alors que M. Mary fut demandé ; il constata une contraction spasmodique permanente de l'utérus, qui ne lui permit pas d'introduire la main pour faire la version.

Pour combattre cet état, il employa divers moyens, tels que saignée du bras, bains de siége, bains entiers, injections mucilagineuses dans le vagin, applications émollientes sur l'abdomen, etc. Ces moyens furent successivement mis en usage pendant trois jours, et plusieurs fois le médecin fit, pour pénétrer dans l'utérus, des tentatives qui furent toujours infructueuses.

Je trouvai la femme dans un grand état d'épuisement, le ventre était très-douloureux à la pression, la vulve tuméfiée, chaude et sèche, le bras de l'enfant pendant

entre les cuisses de la femme, était noir, flasque, froid et dépouillé de son épiderme.

Le toucher me fit reconnaître une sécheresse extrême du vagin. L'épaule était engagée dans le col, dont la dilatation était complète. Les douleurs avaient cessé; ou plutôt, l'utérus après avoir poussé en dehors toutes les eaux de l'amnios, s'était appliqué de toutes parts sous le corps de l'enfant, qu'il comprimait par une contraction continue et spasmodique, ainsi que déjà l'avait constaté mon confrère, M. Mary. J'essayai d'introduire la main dans la cavité de l'organe, mais je sentis bientôt que c'était impossible.

Je cherchai alors à y faire pénétrer une injection composée d'une décoction épaisse de graine de lin; le liquide ne revint pas en entier par le vagin; je renouvellai plusieurs fois de suite ces injections, de manière à lubréfier autant que possible les parois de l'utérus. Je crus alors que je pouvais essayer de faire la version.

La main droite, poussée avec une lenteur extrême, pénètra tout entière, en refoulant l'épaule, pendant que la main gauche soutenait le fond de l'utérus; mais bientôt le col utérin me comprimant le poignet, produisit un engourdissement tel, que je crus qu'il me serait impossible d'avancer plus loin. Après une pause prolongée, je réussis à gagner un peu de terrain, mais bientôt les mêmes difficultés se présentèrent; enfin, j'arrivai assez profondément pour toucher un pied. Au moment où j'allais le saisir, je sentis sur le dos de ma main une sorte de frémissement; c'était l'utérus qui s'entr'ouvrait de haut en bas avec assez de lenteur pour que je pusse aisément me rendre compte de ce qui se passait.

A l'instant même ma main se trouva libre, et je m'aperçus, non sans un véritable effroi, qu'elle se trouvait au milieu de la masse intestinale que je reconnus parfaitement.

Je ramenai promptement la main dans l'utérus, dont la contraction avait entièrement cessé. Je pus saisir les pieds et faire la version sans aucune difficulté. Des frictions

soutenues sur le fond de l'utérus, favorisèrent la rétraction de cet organe ; le placenta se présenta bientôt et fut extrait sans effort ; et rien, au dehors, ne traduisit la gravité de la situation dont les assistants ne se doutèrent nullement.

L'épanchement de sang qui avait dû se former dans le péritoine n'était pas assez abondant pour qu'il fut possible de le constater.

Des douleurs violentes dans l'hypogastre eurent lieu après l'accouchement ; elles furent calmées par une application de sangsues, et, après quelques jours, la malade paraissait dans les meilleures conditions ; la fièvre de lait fut modérée et ne dépassa pas la durée ordinaire. Les lochies coulaient convenablement et tout faisait présager une prompte guérison, lorsque, huit jours après l'accouchement, la malade, qui venait de manger un potage, se trouvant assez bien pour changer de chemise sans se faire aider, fit probablement quelques efforts trop violents, et fut prise d'une hémorrhagie utérine à laquelle elle succomba en quelques minutes.

2e Observation.

La femme qui fait le sujet de la seconde observation, habitait au village de la Forêt, commune de Saint-Christophe-du-Ligneron (Vendée). Agée de 27 ans, elle avait eu déjà deux couches heureuses ; sa troisième grossesse avait suivi une marche régulière, aussi elle crut pouvoir se contenter, pour l'assister dans son accouchement, d'une matrone du village. (C'était en 1846.)

Après quelques douleurs, les eaux s'écoulèrent, et une main se présenta à la vulve. La matrone réclama l'aide d'une sage-femme ; celle-ci reconnut une présentation de la face, et demanda, à son tour, la présence d'un médecin.

On alla successivement dans deux communes voisines

pour chercher des médecins qu'on ne put rencontrer, c'est alors qu'on vint chez moi. Vingt heures avaient été perdues en marches et en contre-marches.

J'arrivai près de la malade à onze heures du matin. On me raconta que, vers le milieu de la nuit, après avoir eu des douleurs très-violentes et très-rapprochées, la malheureuse femme sembla réunir toutes ses forces dans un suprême effort, et tomba, immédiatement après, dans un état de collapsus complet ; le visage devint pâle, le pouls s'effaça et la sage-femme reconnut qu'une tumeur venait d'apparaître au côté droit de l'utérus.

Je trouvai la femme dans l'état que je viens d'indiquer : absence de pouls radial, une sueur froide couvrait le visage, les lèvres étaient violacées, il y avait un peu de subdélirium ; aucune contraction ne se faisait sentir dans l'utérus.

Je constatai la présence d'un bras dans le vagin, et une présentation de la face en travers ; le menton, en arrière duquel passait le bras, correspondait au côté droit du bassin. (Position mento-iliaque droite.)

J'examinai ensuite la tumeur qui s'était formée tout-à-coup dans le côté droit du ventre, et dont l'apparition avait coïncidé avec l'état général si alarmant que j'ai décrit plus haut.

Cette tumeur avait son siége au-dessus et un peu à droite de l'ombilic ; elle avait le volume d'une tête d'enfant à terme, et tenait par sa base à l'utérus ; elle avait une consistance notable, mais sans dureté osseuse. On pouvait la comprimer avec force sans déterminer de douleurs ; mais, à sa base, la moindre pression arrachait des plaintes à la malade. En outre, cette tumeur paraissait très-superficielle et placée immédiatement sous les parois abdominales qui avaient peu d'épaisseur. Enfin, dans le sillon qui marquait la base de cette tumeur, c'est-à-dire à la région ombilicale, on sentait une fluctuation très-manifeste, révé-

lant la présence, dans ce point, d'une certaine quantité de liquide.

Je diagnostiquai une rupture de l'utérus, avec saillie du placenta dans la cavité du péritoine, et épanchement de sang à la région ombilicale.

Dans la crainte que la version n'augmentât la déchirure de l'utérus, je voulus tenter l'application du forceps, mais la position de la tête, que je ne pus modifier, et la présence du bras qui, malgré tous mes efforts pour le refouler dans la cavité utérine, retombait toujours, ne me permirent pas de fixer d'une manière convenable les branches de l'instrument. Je fus donc obligé de renoncer à ce moyen et d'avoir recours à la version, malgré les inconvénients que je prévoyais.

La version n'offrit pas de difficultés. Elle fut faite avec la main droite, portée dans le côté gauche de la cavité utérine, c'est-à-dire dans le point opposé à la rupture. L'enfant avait cessé de vivre.

L'extraction du placenta se fit au moyen de tractions modérées sur le cordon. Elle fut suivie immédiatement d'une hémorrhagie abondante.

J'introduisis promptement la main droite dans l'utérus, pendant qu'avec la main gauche je frictionnai l'hypogastre et que je faisais faire des aspersions d'eau vinaigrée sur la même région ; l'hémorrhagie s'arrêta par suite de la contraction de l'utérus.

La version, quoique facile et pratiquée avec prudence, avait considérablement augmenté la solution de continuité, ainsi que je l'avais craint. L'ouverture par laquelle le placenta avait fait saillie dans la cavité abdominale était d'abord bornée à une portion très limitée du corps de l'organe, tandis qu'après la délivrance, et après que le globe utérin fut revenu à des dimensions convenables ; la main pouvait passer facilement dans la cavité péritonéale

par une solution de continuité qui s'étendait depuis le fond de l'utérus jusqu'au col inclusivement.

La femme succomba dans la journée du lendemain, sans qu'il se soit manifesté le moindre signe de réaction.

RAPPORT sur un mémoire de M. GINTRAC, *de Bordeaux, sur l'oblitération de la veine porte, par* M. MALHERBE, *docteur-médecin, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes.*

MESSIEURS,

Malgré la vive lumière jetée par les travaux modernes sur quelques points de la physiologie et de la pathologie du foie, il reste encore bien des problèmes à résoudre, bien des ténèbres à dissiper, à propos des fonctions et des maladies de l'organe sécréteur de la bile. Aussi doit-on accueillir avec faveur tout ce qui peut ajouter à nos connaissances positives sur des questions à la fois si ardues et d'un si grand intérêt. La part importante du foie dans l'acte complexe de la digestion, fait de son intégrité une des principales conditions du maintien de la santé, en même temps que son contact journalier avec les produits de l'absorption intestinale l'expose sans cesse à une

foule de dérangements passagers, dont la répétition peut amener de graves altérations.

Les maladies du système veineux abdominal sont peu connues et doivent cependant être assez fréquentes ; mais, en général, dans les autopsies on néglige d'examiner ces vaisseaux ; et, d'un autre côté, leur situation profonde rend, pendant la vie, leur exploration très-difficile.

M. Gintrac, de Bordeaux, a cherché, dans le mémoire qu'il vous a adressé, à jeter quelque jour sur ce point de pathologie.

Ayant eu occasion d'observer six fois l'oblitération de la veine porte, il a recherché avec grand soin tous les cas connus de cette affection : il a réuni ainsi, en y comprenant les siens, un total de 36 faits, dont il a tiré les déductions suivantes :

« La veine porte peut être oblitérée mécaniquement, en vertu d'une compression exercée par des tumeurs contiguës de nature très-diverses. Les parois rapprochées, gênent, ralentissent la circulation du sang ; ce fluide tend alors à se concréter. »

« Le tissu qui entoure immédiatement la veine porte a quelquefois été le siége de la maladie. M. Cruveilhier a vu l'inflammation et la suppuration occuper la périphérie de ce tissu et pénétrer ainsi dans la substance du foie. La matière purulente enveloppait et comprimait les parois veineuses.

Il existe dans la science un seul exemple d'oblitération de la veine porte par cause traumatique ; il est rapporté par M. Ernest Lambron.

Un homme de 69 ans avale une arête de poisson. Ce corps étranger s'engage dans l'épaisseur du pylore, traverse l'extrémité droite du pancréas et va s'implanter dans le tronc de la veine mésentérique supérieure. De là une inflammation violente qui se propage le long de la veine-porte. On trouve dans ce canal du pus couleur lie de vin et une fausse membrane s'étendant dans la veine mésentérique dont le calibre est oblitéré par des caillots.

Dans bon nombre de cas, l'oblitération de la veine était due à une inflammation qui avait laissé pour traces des fausses membranes, du pus, des abcès dans la substance du foie, des caillots plus ou moins altérés, des ossifications.

Ces altérations occupaient tantôt les racines, tantôt le tronc, tantôt les branches de la veine-porte, isolément ou simultanément.

Nous renvoyons au travail de M. Gintrac pour les détails des observations et pour la bibliographie, qui ne pourraient trouver place dans ce rapport.

L'observation suivante, qui nous a été communiquée par M. Gély, nous a semblé mériter de prendre rang à la suite des faits rapportés par M. Gintrac, bien qu'elle laisse à désirer au point de vue des antécédents.

Un homme de 45 ans, atteint d'hydropisie depuis plusieurs mois, entra à l'Hôtel-Dieu à la fin de novembre 1836, et fut ponctionné plusieurs fois, à la distance de quinze jours à un mois. On observa, en outre, une infiltration passagère des extrémités, qui suivait les phases de l'ascite; une dilatation de la veine tégumenteuse du côté gauche; de la débilité, de l'oppression. Il mourut le 3 février 1837.

Autopsie. — Poumon droit sain; poumon gauche comprimé par un épanchement de deux litres, plèvre enflammée, épaissie, opaque.

Dix à douze litres de liquide dans l'abdomen, péritoine très-épaissi, d'un blanc nacré, opaque dans toute son étendue, rétraction très-grande du mésentère, adhérence celluleuse unissant les circonvolutions intestinales. Vaisseaux iliaques et veine-cave sains.

Le tronc de la veine porte renferme un caillot qui la remplit à moitié, il adhère à la partie supérieure; il se prolonge du côté du foie et devient de plus en plus volumineux et adhérent; il remplit toutes les divisions de la branche gauche de la veine porte; il est noir, un peu mou, granuleux et gris rosé au centre. Les parois de la veine sont évidemment altérées; elles sont rugueuses, rouge-brun, pointillées; partout où elles ont cet aspect,

les adhérences sont très-solides. Du côté de l'abdomen, on trouve dans le tronc de la veine porte une plaque ovale, ayant parfaitement l'aspect d'une muqueuse et formé par une fausse membrane tomenteuse, adhérente sur un point enflammé.

Le foie est petit, ferme, granuleux, le lobe gauche où pénètre la veine malade, ne diffère pas du droit. Les reins sont mous, d'un rouge violacé foncé.

L'oblitération incomplète qui existait ici était évidemment le résultat d'une phlébite comme le démontrent l'adhérence des caillots; l'altération de la paroi veineuse aux points adhérents, et enfin la plaque pseudo-membraneuse trouvée dans le tronc de la veine.

L'hydropisie, la dilatation d'une des veines superficielles de l'abdomen et le petit volume du foie sont les circonstances les plus importantes à noter et qui rapprochent le plus ce fait de plusieurs de ceux rapportés par l'auteur du mémoire que nous analysons.

Voici, maintenant, un tableau rapide des symptômes observés :

Dans les cas aigus, signes d'irritation plus ou moins vive des voies digestives, vomissements de matières verdâtres, quelquefois mêlées de sang, d'une teinte noirâtre et d'une odeur infecte.

Parfois constipation, plus souvent diarrhée, selles jaunes, bilieuses, parfois sanglantes ou noirâtres. Abdomen tendu, météorisé, douloureux, soif vive.

Pouls fréquent; dans quelques cas la fièvre s'est manifestée par des accès très-prononcés, analogues à ceux d'une pyrexie intermittente. Ils débutaient par un froid très-vif et des frissons répétés, puis arrivait une chaleur intense; ils étaient irréguliers.

D'autres symptômes étaient plus directement caractéristiques des lésions du foie et de la veine-porte. Douleur vive à l'hypochondre droit s'étendant parfois à l'épigastre, apparition d'un ictère.

Quand la maladie s'est prolongée, ascite plus ou moins

considérable; quelquefois, développement variqueux des veines sous-cutanées de l'abdomen.

L'œdème des membres inférieurs a eu lieu dans plusieurs cas; l'urine, généralement rare, déposait quelquefois un sédiment abondant.

« Cette récapitulation des symptômes offerts par les individus chez lesquels s'est opérée l'oblitération complète ou incomplète de cette veine, peut éclairer le diagnostic. Elle montre un certain rapport entre les lésions et les phénomènes, et permet de convertir quelques-uns de ceux-ci en signes. Ainsi, lorsqu'aux indices d'une irritation vive des voies digestives, se manifestant avec des accès fébriles irréguliers, se joindront une douleur plus forte à l'hypochondre droit, des évacuations imprégnées de sang, un épanchement séreux dans le péritoine et le développement des veines superficielles des parois abdominales, on pourra présumer que le système de la veine-porte est le siége de quelque grave lésion, qui met obstacle à la circulation du sang.

» M. Waller, de Prague, et M. Roberts, de New-York, ont essayé de fixer les bases du diagnostic de l'inflammation de cette veine. Les principaux signes indiqués par le premier sont l'augmentation de volume du foie et de la rate, l'ictère, la douleur épigastrique, les vomissements, la tuméfaction de l'abdomen, l'amaigrissement rapide.

» D'après la Commission médicale dont M. Roberts était le rapporteur, l'inflammation de la veine-porte se présente diversement, selon qu'elle est aiguë et suppurative, ou sub-aiguë et adhésive. La fièvre, dans la première variété, revêt la forme typhoïde; elle s'accompagne de frissons, et semble rémittente; mais elle est irrégulière ou erratique; des sueurs copieuses terminent les accès. La douleur de l'épigastre et de l'hypochondre droit, la jaunisse, le goût amer de la bouche, viennent s'ajouter aux indices de cette affection. La variété adhésive donne lieu à l'ascite. M. Roberts convient néanmoins

que ces divers signes sont loin d'être parfaitement caractéristiques.

» Les difficultés du diagnostic s'augmentent de la rareté des occasions de vérifier les faits, de la diversité de ceux-ci, et surtout du peu d'attention généralement accordée aux lésions du système veineux abdominal.

» Toutefois, la pyléphlébite porte un cachet qui frappe l'observateur attentif. M. Schoenlein, retrouvant à la clinique de Berlin les traits dont il avait été vivement impressionné dix ans avant à Wurtzbourg, annonce à ses élèves une inflammation de la veine-porte et excite au plus haut degré leur enthousiasme par l'exactitude de ce diagnostic. Mais longtemps encore une pareille chance demeurera le privilége du savoir profond et de la sagacité personnelle du praticien. »

Nous ne suivrons pas M. Gintrac dans la récapitulation des altérations anatomiques; qu'il nous suffise de dire que ce sont toutes celles qui se peuvent rencontrer dans la phlébite en général, isolées ou accompagnées de lésions du foie, de la rate, des ganglions mésentériques, du péritoine, etc., et concluons, avec l'auteur, que, de toutes les circonstances locales qui peuvent produire l'oblitération de la veine-porte, l'inflammation est de beaucoup la plus fréquente.

Le premier effet de l'arrêt du sang dans la veine-porte c'est l'engorgement des veines intestinales; d'où tendance au développement de l'hydropisie ascite, aux flux séreux et hémorrhagiques, soit par l'estomac, soit par l'intestin; intumescence générale des tissus, augmentation d'épaisseur des parois gastrique et intestinale, expansion des vaisseaux hémorrhoïdaux, développement de la rate. Enfin, efforts tentés par la nature pour rétablir la circulation. Ces communications s'établissent par les divisions terminales de la petite mésaraïque, et par les rameaux qui s'anastomosent avec les veines des parois, soit avec celles qui sont profondes, soit avec celles qui rampent à la surface de l'abdomen.

Ce qui précède, nous montre l'importance du signe fourni par la dilatation des veines superficielles de l'abdomen ; mais, comme il appartient également aux oblitérations de la veine-cave inférieure, il ne peut être considéré comme pathognomonique.

Pour le rapporter avec quelque certitude, à l'oblitération de la veine porte, il faut qu'il se rencontre avec l'ascite, sans œdème des membres inférieurs.

La diminution du volume du foie est la conséquence constante de l'interruption du cours du sang dans la veine porte ; de plus, cet organe présente la même couleur que dans la cirrhose atrophique. Un fait analogue s'est produit chez les animaux auxquels on avait lié la veine porte ; le foie était pâle et diminué de volume.

Il était naturel de rechercher quelle influence l'oblitération de la veine porte exerçait sur les fonctions du foie. M. Gintrac a conclu de ses observations, et d'expériences faites à son instigation et dont nous parlerons tout à l'heure, que la sécrétion de la bile n'en continuait pas moins, quand la veine porte cessait d'amener du sang au foie ; qu'en conséquence, ce n'était pas le sang de la veine porte qui fournissait les matériaux de la bile, mais qu'ils étaient apportés par l'artère hépatique, et que la bile, comme les autres produits de sécrétion, sortait du sang artériel.

Cette conclusion est fondée 1° sur ce que chez plusieurs sujets morts avec une oblitération de la veine porte, la vésicule biliaire contenait de la bile, par fois même en grande quantité, et dans un cas rapporté par M. Bouillaud, ce réservoir était distendu au point d'égaler en volume une tête d'enfant.

2° Sur la continuation de la sécrétion biliaire après la ligature de la veine porte ; fait qui semble résulter des expériences que M. Oré vient de communiquer à l'Académie des Sciences. A propos de cette communication, M. Audral a rapporté l'histoire d'un malade chez lequel des signes extérieurs faisaient soupçonner une oblitération de la veine porte (diagnostic vérifié plus tard par l'autopsie), et qui non-seulement ne présentait point les symtômes

qui indiquent une suspension de la sécrétion biliaire, mais encore fournissait la preuve que la fonction glycogénique persistait, car il était diabétique.

Ces faits singuliers semblent bien démontrer que le sang de la veine porte ne possède pas tout seul les qualités nécessaires pour fournir les matériaux de la bile et du sucre hépatique, mais ils ne prouvent pas du tout que ce sang, dans l'état physiologique, ne concourt en rien à ces sécrétions. Si l'on cherche à se rendre compte des effets de l'oblitération spontanée ou de la ligature de la veine porte, on remarque que le foie diminue de volume et devient exsangue, que la nature fait les plus grands efforts pour créer des voies circulatoires supplémentaires; que, dans les cas pathologiques observés sur l'espèce humaine, ces voies insolites sont insuffisantes, et que la mort arrive par suite du trouble progressif des fonctions (1); que, dans les expériences sur les animaux, la mort n'est pas la conséquence nécessaire de la ligature de la veine porte, puisqu'on a vu des chiens vivre et se bien porter 11 jours et même 20 jours après l'opération. Nous pensons, toutefois, qu'il faudrait garder les animaux opérés pendant plusieurs mois, pour voir si les nouvelles conditions où les a placés l'opération, n'influaient pas ultérieurement, d'une manière quelconque, sur la nutrition. Ce qu'on est en droit d'établir dès à présent, c'est que, pour que la vie et la santé puissent continuer, il faut que les produits de l'absorption intestinale pénètrent complétement dans l'économie, et y subissent les transformations nécessaires pour leur assimilation.

M. Gintrac termine son mémoire par les réflexions suivantes sur la thérapeutique applicable aux maladies de la veine porte.

---

(1) On a cependant lieu de s'étonner que la vie puisse continuer assez longtemps, comme le prouvent les cas chroniques, avec les lésions révélées par l'autopsie.

« Il est rare qu'une connaissance plus approfondie des attributs essentiels d'un état morbide demeure entièrement stérile, et qu'on ne puisse en faire jaillir quelques inductions sous le rapport pratique. Divers points de l'histoire de l'oblitération de la veine-porte me semblent pouvoir offrir des données utiles, du moins servir de jalons pour des déductions ultérieures :

» 1° A quelques exceptions près, cet état pathologique a pour origine une inflammation du tronc veineux sous-hépatique, et cette affection est très-souvent liée à une phlegmasie plus ou moins intense des viscères abdominaux. C'est donc à combattre celle-ci, lorsqu'on peut en supposer l'existence, qu'il faut d'abord s'attacher.

» 2° Les accès ou les paroxysmes fébriles irréguliers, précédés de frissons et de froid très-marqués, peuvent en imposer pour des accès d'une fièvre rémittente ou intermittente grave, ou même pernicieuse, et inspirer la pensée d'employer les anti-périodiques, en particulier le sulfate de quinine à haute dose. Des faits nombreux attestent l'inutilité et même le danger d'une semblable médication.

» 3° On ne saurait redouter les émissions sanguines locales, et principalement l'application des sangsues à l'anus, pendant la période d'acuité.

» 4° L'usage des délayants et des laxatifs doit concourir à favoriser la circulation des fluides dans les vaisseaux engorgés.

» 5° Les boissons seront rendues alcalines par l'addition du sous-carbonate ou du bi-carbonate de soude, afin de s'opposer autant que possible à la tendance du sang à la coagulation.

» 6° La maladie faisant des progrès, l'état phlegmasique aigu étant dissipé la sérosité s'épanchant dans l'abdomen et donnant lieu de supposer que l'oblitération de la veine-porte est accomplie, les évacuations sanguines ne doivent être employées qu'avec réserve et seulement pour diminuer la pléthore abdominale. C'est le moment d'user des

évacuants, de ceux surtout qui provoquent les sécrétions séreuses intestinales.

» 7° Mais ces moyens seraient nuisibles s'il y avait déjà des vomissements ou de la diarrhée, et surtout si les évacuations étaient sanguinolentes. Il vaut mieux alors s'abstenir de médicaments actifs.

» 8° La paracenthèse est le meilleur moyen de diminuer la gêne, le malaise que produit l'ascite. Cette opération peut être réitérée sans inconvénient. Il n'en est pas de même des injections iodées. Une de mes observations le prouve : les indices d'une lésion, et surtout d'une oblitération de la veine-porte, doivent former une contre-indication très-grave. On conçoit, en effet, que l'arrêt du sang dans la veine-porte augmenterait les chances de péritonite et d'entérite.

» 9° Il importe d'éviter aux organes digestifs un travail fatigant, et il faut ne pas perdre de vue que des deux voies d'absorption habituellement ouvertes dans les parois intestinales, l'une d'elle est hors de service ; il est donc bon de ménager celle qui continue à fonctionner. »

JOURNAL

DE LA

SECTION DE MÉDECINE

DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE.

BULLETIN DES SÉANCES.

Séance du 10 *octobre* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

M. le Président donne lecture :

1° D'une lettre par laquelle M. Gautron fils annonce sa nouvelle résidence, fixée à Paris, et réclame le titre de membre correspondant, en échange de celui de membre résidant. Accordé.

2° D'une seconde lettre adressée à la Section par les membres de la Commission de souscription organisée à Paris, en faveur des veuves et des orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte d'Orient. La Section est priée de prendre à Nantes l'initiative de cette souscription.

Cette demande est accueillie avec une vive et unanime sympathie, et la souscription est ouverte séance tenante.

L'ordre du jour appelle M. Hélie à lire un travail intitulé : *Considérations sur l'épidémie d'herpès tonsurant, observée à l'hôpital Saint-Jacques, de* 1854 *à* 1856 (1).

Séance extraordinaire du 24 *octobre* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MALHERBE, VICE-PRÉSIDENT.

M. le Président expose à l'assemblée que le but de la réunion est de délibérer sur les questions qui seront mises au concours par la Société Académique pour l'année 1857. La Section est invitée à adresser au Comité central les sujets de concours proposés par elle.

Plusieurs sujets sont proposés, mais la Section fixe son choix sur la question suivante, proposée par MM. Thibeaud et Malherbe :

Etudes de statistique médicale sur une ou plusieurs localités du département, et spécialement sur celles où s'observent les graves endémies de fièvres intermittentes ou de dysenteries.

Signaler toutes les conditions hygiéniques auxquelles sont soumis les habitants.

Séance du 14 *novembre* 1856.

PRÉSIDENCE DE M. MAHOT, PRÉSIDENT.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Thibeaud pour

(1) Voir plus loin, p. 181.

lire un travail intitulé : *De la paralysie faciale ; — traitement par la strychnine ; — de l'action des strychnées ; — du curare dans le tétanos* (1). Cette lecture donne lieu à une dissertation intéressante sur les diverses sortes de paralysie faciale, sur leur traitement variable selon leur nature, sur la chorée et les nombreux moyens thérapeutiques préconisés contre cette névrose, enfin sur le curare et ses applications possibles à la thérapeutique.

A cette discussion prennent part MM. Letenneur, Hélie, Malherbe, Thibeaud, Aubinais et Cormerais.

Le Secrétaire,

LE HOUX.

CONSIDÉRATIONS sur l'épidémie d'herpès tonsurant, observée à l'hôpital Saint-Jacques, de 1854 à 1856, par M. HÉLIE, D.-M., *médecin de l'hôpital Saint-Jacques, professeur à l'école préparatoire de médecine.*

Lorsque je fus chargé du service de la division des femmes, à l'hôpital Saint-Jacques, au mois d'août 1854, il y avait, dans la section des orphelines, un grand nombre de jeunes filles affectées d'herpès tonsurant. J'en trouvai 25 qui étaient en traitement depuis un temps plus ou moins long.

L'herpès tonsurant, maladie éminemment contagieuse, fut introduite dans l'hôpital Saint-Jacques au mois de mars

(1) Voir plus loin, p. 201.

1852. M. Malherbe, alors chargé de ce service, vous a exposé, dans un mémoire très-intéressant qu'il vous a lu au mois de septembre de la même année, comment l'herpès tonsurant fut importé à Saint-Jacques, par une petite fille de onze ans, qui entra à l'orphelinat, et y resta quelques jours avant d'être admise à l'infirmerie. Jusqu'à cette époque, l'herpès tonsurant était inconnu dans la maison.

La maladie se propagea rapidement dans l'infirmerie et dans l'orphelinat; bientôt, dans l'espace de quelques jours, M. Malherbe eut à traiter 15 orphelines, atteintes d'herpès tonsurant.

Depuis cette époque, l'herpès tonsurant a continué à régner épidémiquement dans l'orphelinat.

Le nombre des malades s'est beaucoup accru. Un certain nombre a été guéri. Il y en a encore aujourd'hui 24 en traitement.

Il m'a donc été donné d'observer pendant deux ans cette maladie, sur une grande échelle; et j'ai pu la suivre dans toutes ses périodes sur chaque malade, car les orphelines ne quittent la maison que lorsque leur guérison a été constatée.

L'amélioration que présente l'état de la plupart de celles qui sont encore en traitement, permettant d'espérer, dans un avenir prochain, la fin de cette épidémie, j'ai pensé que le moment était venu de vous soumettre quelques considérations sur cette maladie singulière, et sur le traitement qui m'a semblé le plus convenable.

Je n'ai point l'intention de tracer une description de l'herpès tonsurant. M. Cazenave, dans son traité, si justement estimé, des maladies du cuir chevelu, en a donné un tableau fort exact, mais incomplet en quelques points.

M. Malherbe, dans le mémoire qu'il nous a lu, a ajouté à ce tableau quelques traits omis par M. Cazenave.

M. Bazin, dans ses recherches sur les teignes, publiées en 1853, et plus récemment, dans quelques articles insérés dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1856, a présenté

des considérations curieuses sur cette maladie, qu'il a envisagée sous un point de vue particulier.

L'herpès tonsurant offre un aspect aussi caractéristique que celui du favus. Avec un peu d'habitude, on le distinguera, je crois, toujours aisément des autres affections du cuir chevelu.

« L'herpès tonsurant (l'herpès circinné du cuir che-
» velu) est caractérisé par des plaques d'inégale gran-
» deur, mais exactement arrondies, sèches, d'un aspect
» grisâtre, et remarquables par une alopécie particulière,
» dans laquelle, le plus souvent, les cheveux sont seule-
» ment coupés courts, en forme de tonsure, mais si près
» de la peau que la dénudation paraît complète à pre-
» mière vue. » (Cazenave, *traité des maladies du cuir chevelu*, p. 193.)

J'examinerai successivement les différents points de cette définition qui résume en quelques mots les principaux caractères de l'herpès tonsurant.

I.

L'herpès tonsurant n'est-il, comme on l'admet généralement, qu'une forme spéciale de l'herpès circinné? ou bien l'herpès tonsurant et l'herpès circinné, constituent-ils deux affections distinctes, et seulement souvent coexistantes?

Il me semble difficile de ne pas admettre l'identité de ces deux affections.

Les plaques d'herpès tonsurant et celles d'herpès circinné, se développent très-souvent, en même temps, sur la même personne, et sur des individus habitant ensemble. Pendant la longue durée d'un herpès tonsurant, affection essentiellement chronique, on voit très-fréquemment se reproduire de temps en temps des plaques d'herpès circinné, sur diverses parties du corps.

Rien n'est plus commun que de voir au front, aux tempes, à la nuque, une plaque siégeant moitié sur le cuir chevelu, moitié sur la peau dépourvue de poils, et

présentant sur le premier, tous les caractères de l'herpès tonsurant, sur la seconde, ceux de l'herpès circinné.

Ces faits signalés par tous les observateurs, j'ai pu les observer souvent. Au printemps de l'année dernière (1855), l'épidémie d'herpès tonsurant présenta tout d'un coup une exacerbation remarquable. Le nombre des malades augmenta, et l'herpès tonsurant prit, sur la plupart d'entre elles, un caractère inflammatoire, et se compliqua d'eczèma et même de pustules impétigineuses.

J'aurais pu attribuer cette irritation, insolite dans l'herpès tonsurant, à l'emploi que je faisais alors, d'une pommade alcaline un peu active. Mais en même temps que les plaques de l'herpès s'irritaient chez la plupart des enfants en traitement, la maladie se propageait à d'autres enfants, et des plaques d'herpès circinné se développaient, et sur des enfants déjà atteintes de l'herpès tonsurant, et sur d'autres personnes, soit enfants, soit adultes, qui n'avaient nulle atteinte d'herpès tonsurant.

De ces faits qui se reproduisent sans cesse, n'est-il pas naturel de conclure que l'herpès tonsurant et l'herpès circinné, sont identiques, et constituent deux formes d'une même maladie.

Mais il faut reconnaître que ces deux formes présentent de notables différences.

La plaque érythémateuse d'herpès circinné est couverte au début de vésicules très-petites, de courte durée, dont le liquide est résorbé en quelques heures, vésicules très-semblables à celles que l'on observe souvent dans l'érythème produit par un coup de soleil.

Dans l'herpès tonsurant, l'existence des vésicules est incertaine, et admise plutôt par analogie avec l'autre forme d'herpès, que constatée par une observation précise. J'avoue n'avoir jamais pu les distinguer. Il est vrai que l'herpès tonsurant, causant à peine un peu de démangeaison, son existence ne se reconnaît que lorsqu'il a déjà quelque durée.

Pour distinguer ces vésicules, il faudrait, sur des malades que l'on observe très-fréquemment, assister au déve-

loppement d'une plaque nouvelle ; et dans ce cas même, qui s'est présenté plusieurs fois à mon observation, je n'ai pas pu apercevoir les vésicules.

Si les vésicules sont difficiles à reconnaître sur les plaques d'herpès tonsurant à leur début, l'érythème y est très-évident, et démontre leur nature inflammatoire.

A mesure que les plaques d'herpès circinné s'étendent, leur centre guérit ; elles prennent la forme annulaire, qu'elles ont, au reste, le plus souvent dès leur début. L'anneau, presque toujours complet, très-régulièrement arrondi, ovalaire ou elliptique, acquiert quelquefois un énorme développement.

Le centre des plaques d'herpès tonsurant ne se guérit point à mesure que leur circonférence s'étend; il reste aussi malade que la périphérie; elles ne se transforment jamais en anneaux.

Après s'être étendues pendant un certain temps, elles cessent de s'accroître et conservent la même largeur pendant toute leur durée.

Elles restent, en général, bien plus petites que les anneaux d'herpès circinné. Les larges plaques d'herpès tonsurant, que l'on rencontre souvent, résultent de la fusion de plusieurs plaques voisines, et n'ont plus de forme régulière.

L'herpès circinné est aigu, ne dure souvent que une ou deux semaines, rarement se prolonge deux ou trois mois, et guérit facilement et spontanément. L'herpès circinné, chronique et rebelle, est en quelque sorte un cas exceptionnel.

L'herpès tonsurant est toujours chronique et dure non pas seulement des mois, mais souvent des années.

L'herpès circinné peut affecter tous les âges ; l'herpès tonsurant est une maladie de l'enfance.

Après avoir admis l'identité de l'herpès tonsurant et de l'herpès circinné, on serait, je crois, un peu embarrassé de trouver une explication satisfaisante de leurs différences dans la différence de texture et de vitalité de la peau du crâne et de celle du reste du corps.

II.

L'herpès tonsurant est éminemment contagieux. Tous les médecins qui ont eu l'occasion de l'observer, ont constaté sa transmission d'individu à individu.

Qu'un enfant atteint d'herpès tonsurant soit placé dans une réunion d'enfant, dans un pensionnat, bientôt, souvent en peu de jours, la maladie se développe sur un certain nombre d'enfants en rapport avec lui.

M. Cazenave qui, le premier, a fait connaître avec précision l'herpès tonsurant, cite de nombreux exemples de sa transmission par contagion évidente dans ces circonstances. (*Annales des maladies de la peau, t.* 1, 1844.)

Le développement de l'herpès tonsurant, à l'horphelinat de Saint-Jacques, aussitôt après l'arrivée d'une petite fille atteinte de cette maladie, est un nouvel exemple de sa transmission par contagion.

J'ai vu, depuis, des jeunes filles contracter la maladie quinze jours ou un mois après leur arrivée à l'orphelinat.

Il est à remarquer que, jusqu'au mois d'août 1856, il ne s'est pas développé un seul cas d'herpès tonsurant chez les orphelins. Leur logement n'est séparé de celui des filles que par un mur. Il est naturel de conclure que la contagion de l'herpès exige un contact immédiat, et ne se fait pas à distance, comme celle d'autres maladies contagieuses. On regarde comme moyen de la contagion, les particules qui se détachent continuellement des surfaces malades.

Ce ne fut qu'au mois d'août 1856, plus de quatre ans après son introduction à Saint-Jacques, que l'herpès tonsurant pénétra dans l'orphelinat des garçons. Deux enfants de 8 à 10 ans en furent atteints. Tous deux habitaient la maison depuis longtemps.

L'herpès tonsurant ne s'est développé sur aucune jeune fille arrivée à la puberté. Et cependant les filles adultes et les petites filles ne sont nullement séparées : elles habi-

tent les mêmes dortoirs ; une cour commune sert à leurs récréations.

Depuis quatre ans, 25 ou 30 orphelines atteintes en même temps d'herpès tonsurant, sont mêlées aux autres orphelines de tout âge (il y en a environ 150), et, néanmoins, aucune fille adulte n'a été atteinte d'herpès tonsurant. J'ai vu plusieurs fois l'herpès tonsurant guérir aux approches de la puberté.

M. Cazenave ne l'a jamais, non plus, rencontré sur des adultes.

L'herpès tonsurant est donc une maladie de l'enfance ; il survient spécialement dans la seconde enfance. Nous n'en avons jamais vu sur des enfants au-dessous de cinq ans, et cependant il y a toujours quelques enfants bien plus jeunes dans la salle de l'infirmerie et dans l'orphelinat.

Lorsque l'épidémie d'herpès tonsurant prit, au printemps de 1855, un développement plus considérable, plusieurs filles adultes furent atteintes d'herpès circinné, dans mon service et dans l'orphelinat. Toutes avaient été en communication avec les enfants affectées d'herpès tonsurant. La sœur du service qui pansait chaque jour les enfants, eut une large plaque à l'avant-bras. Je contractai moi-même à l'avant bras gauche, une plaque, qui devint énorme, et couvrit de son disque ovale toute la face antérieure de l'avant-bras, depuis la main jusqu'au coude.

Plusieurs enfants atteintes d'herpès tonsurant, furent aussi affectées de plaques plus ou moins nombreuses d'herpès circinné.

En considérant cette transmission simultanée des deux formes de l'herpès, comment admettre avec plusieurs auteurs, que l'herpès tonsurant est seul contagieux, tandis que l'autre ne le serait pas.

Si l'on reconnaît que l'herpès tonsurant peut transmettre l'herpès circinné, comment refuser à l'herpès circinné la faculté de transmettre l'herpès tonsurant ?

Je crois cette transmission démontrée par des faits irré-

cusables ; mais je ne sais s'il est bien démontré que l'herpès circinné peut transmettre l'herpès tonsurant.

III.

Le caractère essentiel de l'herpès tonsurant, c'est la section spontanée des cheveux, à quelques millimètres de la peau. Les cheveux sont coupés à une longueur presque uniforme sur toute l'étendue des plaques malades. Toutefois, quelques cheveux échappent toujours à la section.

Que l'on rase la tête, puis qu'on laisse pousser les cheveux pendant un mois (et chez les enfants ils repoussent très-vite), on voit les cheveux des plaques d'herpès rester au-dessous du niveau des cheveux qui naissent de la peau saine, et ne pas dépasser la longueur de 5 à 6 millimètres.

Le cheveu est devenu friable à sa sortie du follicule, et sa friabilité augmentant à mesure qu'il croît, le fait bientôt tomber en poussière, et s'oppose ainsi à son accroissement ultérieur.

Si on veut l'arracher en le saisissant avec une pince, à quelque distance de sa sortie, il se rompt ; si on le saisit, au contraire, à l'issue du follicule, on arrache souvent toute la racine, qui, à la vue simple, ne paraît pas altérée. Les cheveux sont souvent un peu grossis dans toute leur longueur ; d'autres cheveux sont amincis, comme étiolés.

Je n'ai pas observé d'une manière bien positive la décoloration de cheveux, leur teinte rougeâtre signalée par M. Bazin.

Une autre altération singulière des cheveux, c'est leur déviation.

Au lieu de croître à peu près parallèles les uns aux autres, ils s'écartent dans tous les sens, en décrivant une courbe, dès leur issue du derme. Cette déviation est surtout évidente, lorsque sur une tête rasée depuis 15 à 20

jours, les cheveux ont atteint une longueur de trois ou quatre millimètres.

Quelle est la nature de l'altération que les cheveux ont subie?

Les découvertes des micrographes sur ce point, sont aujourd'hui généralement acceptées. Suivant eux, un végétal parasite, un champignon, se développe dans l'intérieur des cheveux; et en écarte les fibres longitudinales qui, dissociées et altérées se rompent.

On s'explique ainsi le grossissement ou l'étiolement des cheveux affectés, leur fragilité, leur section spontanée.

Suivant plusieurs micrographes, les champignons se développent primitivement dans les couches de l'épiderme, se prolongent sur le cheveu auquel ils forment une sorte de gaîne visible à l'œil nu, et ne pénétrent que secondairement dans son épaisseur.

M. Bazin a adopté cette théorie qui attribue l'herpès tonsurant à la production et au développement d'un végétal parasite dans le cheveu; et il a fondé sur elle le traitement de cette maladie.

Je ne prétends point discuter l'existence de ces productions végétales dans les cheveux affectés; je confesse mon incompétence sur ce point, ainsi qu'en microscopie. J'ai vu au microscope, avec M. Thoinnet, l'un de nos élèves internes, qui s'occupe avec succès d'observations microscopiques, les cheveux de l'herpès tonsurant, parfaitement semblables à la figure donnée par M. Robin, et un peu différente de celle que donne M. Bazin.

J'admets complètement l'opinion de ces observateurs, sur la présence d'un champignon, comme cause immédiate de l'altération des cheveux, mais je ne puis admettre avec M. Bazin, que la lésion du cheveu, ou la présence du champignon dans le cheveu, soit la cause première de la maladie, soit toute la maladie.

Le tissu du derme est malade dans l'herpès tonsurant, surtout à sa superficie. Les follicules pileux sont également affectés. N'est-il pas plus rationnel d'admettre que la lésion des tissus producteurs du cheveu est primitive,

que de la croire consécutive à l'altération du produit qu'ils ont formé ?

Le champignon peut se développer dans le cheveu, altéré par un vice de sécrétion du follicule, comme des moisissures se forment sur des matières organiques en fermentation ou en putréfaction.

M. Bazin a été fort embarrassé pour concilier avec sa théorie de la production de l'herpès tonsurant, l'identité si évidente de cette maladie avec l'herpès circinné qui se développe sur la peau dépourvue de poils.

Dans ses recherches sur les teignes, publiées en 1853, il rejette l'identité de ces deux affections, tout en admettant que l'herpès circinné favorise le développement de la teigne tondante, et que celle-ci, dans la majorité des cas, est précédée de l'herpès ; c'est au moins reconnaître une intime connexion entre ces deux affections.

Dans son mémoire sur les teignes, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1856, M. Bazin émet une toute autre opinion ; il admet l'identité des deux herpès, ou plutôt il n'y a plus pour lui qu'un seul herpès, reconnaissant toujours pour cause première un champignon.

Il n'y a point, suivant lui, d'herpès circinné simple ; tout herpès circinné est le signe de la germination du champignon parasite. Si l'herpès se manifeste sur les régions où les poils ne sont en quelque sorte qu'à l'état rudimentaire, la teigne tonsurante avorte, faute d'un aliment suffisant pour le développement du végétal parasite. Ce n'est qu'un herpès circinné. Si l'herpès se manifeste sur le cuir chevelu, le végétal parasite, trouvant des conditions favorables, s'y développe, l'herpès tonsurant s'établit.

Comment M. Bazin expliquera-t-il le développement de l'herpès circinné que l'on rencontre si souvent, soit sporadique, soit épidémique, indépendamment de tout herpès tonsurant ? Le microscope a-t-il dans l'herpès circinné montré des champignons ou leurs débris ?

M. Bazin fait, sans s'en apercevoir, une concession importante aux idées qu'il combat. Il reconnaît que l'affec-

tion vésiculeuse ou érythémateuse de la peau précède le développement du champignon dans le cheveu, ou l'altération du cheveu. La germination préalable du champignon est une supposition gratuite.

M. Bazin, en constatant la succession des phénomènes morbides de l'herpès tonsurant, succession que M. Cazenave n'avait peut-être pas bien saisie, nous autorise à considérer l'herpès tonsurant comme une affection morbide des tissus élémentaires de la peau, dont l'altération des cheveux est la conséquence ou le résultat.

IV.

Le tissu de la peau est évidemment phlogosé dans l'herpès tonsurant. Au début, la rougeur érythémateuse des plaques, accompagnée, ou non, de vésicules éphémères, dénote un état phlegmasique. Plus tard, et pendant toute la durée de la maladie, la peau est un peu tuméfiée et dépasse sensiblement le niveau de la peau environnante. Sa couleur est modifiée : rosée ou d'une teinte lilas sur les têtes blondes, elle est plus foncée, grisâtre, lorsque les cheveux sont noirs. Cette teinte grisâtre est due au passage oblique de la racine des cheveux à travers la peau demi-transparente. Une teinte grise ou bleuâtre se remarque en même temps sur toute l'étendue de la peau du crâne fraîchement rasée. Et si elle est plus foncée sur les plaques d'herpès tonsurant, c'est que là les cheveux sont, en général, plus gros, et que la peau est elle-même un peu colorée. Sur les têtes dont les cheveux sont d'un blond pâle, la teinte morbide de la peau se montre isolée de cette coloration accessoire.

Cette teinte morbide, due à une injection légère, cet épaississement si peu marqué de la peau, suffiraient-ils pour caractériser une inflammation dans le sens attaché à ce mot ?

Je n'oserais le décider.

Mais on peut ajouter que la surface de la peau

secrète, plus activement qu'à l'état normal, un épiderme qui se détache continuellement en petites écailles; et que si les plaques d'herpès tonsurant sont indolores habituellement, les topiques irritants y provoquent très-facilement des eczèma et des pustules impéitgineuses, et aggravent la maladie.

Les follicules pileux sont malades dans l'herpès tonsurant. Ils sont hypertrophiés, et leur orifice fait saillie à la surface de la peau et lui donne un aspect chagriné.

Cette saillie des follicules pileux m'a paru surtout prononcée dans cette forme de l'herpès, où les plaques très-petites, très-nombreuses, sont disséminées sur toute l'étendue du cuir chevelu.

L'affection des follicules pileux cause, suivant nous, de l'altération du cheveu, est moins grave que dans le favus; elle ne tend point à rompre les adhérences de la racine du cheveu et à l'expulser; leur cavité ne tend point à s'oblitérer; ils recouvrent, à la guérison de la maladie, l'intégrité de leur fonction. Les cheveux repoussent aussi beaux qu'avant son développement.

V.

Je regrette de n'avoir pas, dès l'époque où je pris le service de l'hôpital Saint-Jacques, tenu des notes précises sur le nombre des petites filles successivement atteintes d'herpès tonsurant, et sur les résultats du traitement.

Il y en avait alors 25 en traitement. Pendant la première année, je n'ai obtenu, je crois, aucune guérison complète. Au printemps de 1855, l'épidémie, comme je l'ai dit, présenta une recrudescence fâcheuse; le nombre des malades augmenta, et l'état de toutes celles qui étaient en traitement s'aggrava sensiblement.

Ce ne fut qu'au commencement de l'année 1856 que je constatai enfin de l'amélioration sur un certain nombre de malades. Au mois d'avril, trois enfants de 12 à 15 ans

étaient complètement guéries. Leur guérison s'étant bien soutenue, elles purent, quelque temps après, quitter la maison.

J'ai commencé à tenir une statistique régulière le 1er juin 1856.

Il y avait alors 35 enfants en traitement, affectées d'herpès tonsurant depuis un temps variable, quelques-unes depuis le commencement de l'épidémie, d'autres depuis un an, plusieurs depuis peu de mois.

Presque toutes avaient contracté la maladie dans l'orphelinat. Deux ou trois étaient venues atteintes d'herpès, de la maison de Sainte-Marie; une autre, enfin, était arrivée de Paris, atteinte de cette maladie.

La plupart étaient âgées de 9 à 13 ans, une de 5 ans, une de 6 ans, une de 8 ans, 4 au-dessus de 13 ans, une seule de 16 ans. Aucune de ces dernières n'était réglée. La puberté est, en général, un peu tardive chez les jeunes filles élevées et renfermées dans les hôpitaux.

En considérant ces jeunes filles de constitutions différentes, les unes fortes et d'une belle santé, d'autres délicates, quelques-unes maladives et scrofuleuses, on acquiert la conviction que l'herpès tonsurant ne se lie point à telle ou telle constitution, ne dépend point d'un état morbide intérieur ou général, mais que c'est une affection toute extérieure, toute locale.

J'ajouterai qu'une observation de deux années m'a démontré la complète innocuité de l'herpès. Je ne l'ai jamais vu, soit en santé, soit dans un état de maladie, exercer une influence appréciable sur un organe ou sur l'état général.

Je n'ai jamais vu non plus l'herpès tonsurant modifié par une maladie fébrile intercurrente, comme on l'observe pour d'autres maladies cutanées chroniques. La maladie intercurrente terminée, j'ai retrouvé l'herpès dans le même état qu'à l'invasion de cette maladie.

Voici les résultats obtenus :

Aujourd'hui, 7 octobre, 11 jeunes filles sont guéries; la guérison de plusieurs d'entre elles est constatée depuis

trois mois ; les autres me sont présentées tous les 15 jours ; leur guérison se maintient depuis un mois ou deux. Elles ne suivent plus de traitement.

24 enfants sont encore en traitement, présentant la plupart une amélioration progressive. L'état de la moitié d'entre elles permet d'espérer leur prochaine guérison.

Ainsi, trois jeunes filles étaient guéries avant le 1er juin ; la guérison de onze autres jeunes filles a été achevée depuis le 1er juin. En somme, quatorze jeunes filles guéries.

VI.

J'arrive au traitement de l'herpès tonsurant.

Je me trouvai, à mon début dans le service, un peu embarrassé devant une maladie dont le traitement n'est point fixé, et sur laquelle je n'avais aucune expérience personnelle. La lecture des auteurs qui ont parlé de l'herpès tonsurant ne pouvait me fournir un guide bien assuré. M. Cazenave avoue son embarras et ses hésitations, lorsqu'il rencontra pour la première fois cette maladie, en 1840.

Dans son *Traité des maladies du cuir chevelu*, publié dix années plus tard, il n'a pas de traitement arrêté, il se borne à indiquer les médications qui lui ont le mieux réussi, et déclare que l'expérience n'a pu encore régler d'une manière positive la thérapeutique de l'herpès du cuir chevelu.

M. Bazin, guidé par ses idées théoriques sur la pathogénie de l'herpès tonsurant, préconise une méthode de traitement qui a pour but l'enlèvement ou la destruction de toutes les parcelles du végétal parasite, qu'il considère comme la cause de la maladie.

Son traitement consiste dans l'arrachement de tous les cheveux qui naissent des plaques d'herpès, et dans l'emploi de lotions d'une solution de sublimé ou d'autres substances actives qu'il considère comme devant détruire les

molécules du végétal parasite qui peuvent se trouver dans les follicules pileux ou dans les couches épidermiques.

Ce traitement, dont on peut lire les détails, exposés avec beaucoup de soin dans les deux mémoires cités de M. Bazin, lui a, dit-il, constamment réussi. L'herpès tonsurant guérit en quelques mois.

Je dois discuter ce traitement, afin d'expliquer pourquoi je ne l'ai pas suivi.

L'analogie admise par M. Bazin entre l'herpès tonsurant et le favus, sous le rapport de la cause productrice qu'il croit être, pour l'un et l'autre, un végétal parasite, l'a conduit à employer, dans l'herpès, le traitement qui réussit dans le favus.

Le point essentiel du traitement du favus, c'est l'épilation. Le favus ne guérit que par l'arrachement des cheveux altérés qui naissent des follicules malades; l'arrachement doit être répété aussi longtemps que le cheveu repousse altéré. Les autres moyens employés simultanément, les lotions dites parasiticides de M. Bazin, par exemple, sont très secondaires; le favus guérit aussi bien, aussi vite, sans cela.

Dans le favus, les cheveux altérés tiennent très peu aux follicules d'où ils naissent; ils se laissent arracher par une légère traction. M. Bazin l'a dit avec raison, la maladie est le meilleur agent épilatoire. C'est parce qu'elle détruit l'adhérence de la racine du cheveu avec le follicule, qu'on peut opérer l'épilation si facilement, soit par la calotte, suivant le procédé ordinaire, soit avec les doigts, comme les frères Mahon, soit avec la pince, comme la pratique M. Bazin. La douleur que produit l'enlèvement de la calotte dépend moins de l'arrachement des cheveux malades, que de celui des cheveux peu nombreux qui sont restés sains au milieu des surfaces affectées de favus.

Les follicules pileux malades dans le favus ne guérissent qu'après être restés quelque temps débarrassés du poil qu'ils contenaient. Tantôt le follicule vide s'oblitère, tantôt il reproduit un poil très délié, comme étiolé, qui tombe

et est remplacé par un poil normal. Le favus n'est pas toujours, à beaucoup près, suivi d'alopécie permanente.

Ce que je viens de dire du favus n'est point applicable à l'herpès tonsurant.

« Notre méthode épilatoire, suivie de l'imbibition paranticide, dit M. Bazin, réussirait à merveille dans la » teigne tondante ; mais la première condition du succès, » l'épilation, ne peut être que très-difficilement obtenue. » Les cheveux s'enlèvent avec facilité et sans douleur sur » les plaques, mais on n'en arrache qu'un très-petit » nombre ; ils viennent presque tous sans racine. Le » champignon qui les imprègne, les rend fragiles ; ils » se rompent au plus léger effort de traction que l'on » fait pour les extraire. » (*Recherches sur les teignes*, *p.* 95.).

Dans son second mémoire (*Gazette des Hôpitaux*, 1856), M. Bazin reconnaît encore l'excessive difficulté de l'épilation complète dans l'herpès tonsurant.

J'ai très-souvent cherché à épiler des plaques d'herpès tonsurant ; beaucoup de cheveux se laissent arracher complètement avec la racine, si on a l'intention de les pincer près la peau, là où ils sont moins friables ; beaucoup d'autres se rompent par la traction et la racine reste ; d'autres, enfin, sont coupés spontanément si près de la peau ou sont, par suite de leur déviation, tellement collés à sa surface, que la pince ne peut les saisir.

En somme, je crois l'épilation complète et réelle des plaques d'herpès non pas difficile, mais à peu près impossible, quelle que soit la bonne volonté de l'épilateur et la patience du malade.

Je ne suis point étonné de voir M. Bazin revendiquer le talent d'opérer une parfaite épilation.

Heureusement, l'épilation n'est point nécessaire à la guérison de l'herpès tonsurant.

Examinons comment il guérit, ce qu'il est très-aisé d'observer sur les têtes souvent rasées. La peau perd peu à peu sa tuméfaction et sa couleur morbide ; elle revient au niveau de la peau environnante, et sa surface reprend

par l'affaissement des follicules pileux, le poil qui appartient au cuir chevelu : la desquamation épidermique a cessé ; puis les cheveux, dont les uns étaient gonflés, les autres grêles, étiolés, reprennent leur volume normal. Leur déviation reste quelque temps encore comme seul indice des plaques dont la trace ne se reconnaît plus sur la peau.

Après la guérison, les cheveux sont aussi abondants, aussi longs, aussi beaux que sur le reste de la tête.

Quelquefois de petites plaques restent un certain temps dépourvues de cheveux, mais cet état m'a paru temporaire ; on les voit se recouvrir peu à peu de cheveux. L'alopécie permanente de quelques plaques est tout-à-fait exceptionnelle, tandis que dans le favus, l'alopécie partielle ou générale est aussi fréquente que la reproduction des cheveux, qui, même dans les cas les plus heureux, ne repoussent jamais aussi abondants qu'avant la maladie.

Les follicules pileux sont malades dans l'herpès, mais leur union à la racine du poil, n'est pas diminuée comme elle l'est dans le favus ; ils ne tendent point à l'expulser ; ils n'ont pas besoin, pour guérir, d'en être quelque temps débarrassés. Le cheveu, à mesure que la guérison du follicule s'opère, reprend peu à peu et souvent très-rapidement son état normal.

L'épilation n'est donc pas nécessaire dans l'herpès tonsurant.

« J'ai déjà observé assez de faits, dit M. Cazenave, pour » pouvoir établir, en principe, que le traitement de cette » maladie consiste surtout dans l'emploi des topiques, et » principalement des topiques assez doux. Je dois dire » que j'en ai expérimenté de toutes sortes, et ce que je » puis dès à présent établir comme un point hors de » conteste, c'est que les topiques trop actifs doivent être » rejetés d'une manière absolue. (Ouvrage cité, p. 203.) »

L'expérience m'a bientôt fait reconnaître la vérité de ces principes.

Voici la méthode que je suis :

La tête est rasée entièrement tous les huit jours. C'est

une condition indispensable pour que les médicaments employés soit en solution, soit en pommades puissent agir efficacement sur la peau.

Il ne suffit pas de tenir les cheveux courts, de les couper, comme on l'a recommandé, à la longueur d'un pouce sur toute la tête. Ces cheveux gêneraient beaucoup dans l'application des remèdes. Il est indispensable de les raser; l'action du rasoir ne cause aucune irritation aux surfaces malades.

Les pansements sont faits le matin et le soir.

La tête est lavée, à chaque pansement, avec une solution de sous-carbonate de potasse (20 à 25 grammes par litre d'eau) ; la solution de potasse est préférable à l'eau de savon, qui laisse une sorte de crasse sur la tête. L'eau de potasse lave mieux le cuir chevelu et enlève mieux les restes de pomade.

Au pansement du matin, la tête lavée, essuyée, est couverte d'une couche de pommade au sulfure de chaux (en général 300 à 400 grammes pour 1,000 grammes d'axonge), puis enveloppée d'un bonnet.

Le soir, lotion à l'eau de potasse, nouvelle application de pommade que l'on recouvre d'un cataplasme tiède de farine de lin, mis entre deux linges ; l'enfant conserve ce pansement toute la nuit.

L'emploi quotidien des cataplasmes est nécessaire. Ils entretiennent l'humidité et la souplesse des surfaces affectées d'herpès, qui ont une extrême tendance à se dessécher. Ils concourent, avec la pommade et les lotions alcalines à s'opposer à la production exagérée de ces lames épidermiques qui se détachent en écailles. Si on suspend l'usage des cataplasmes, en peu de jours les plaques se sèchent et la desquamation augmente.

Tel est le traitement que j'emploie d'une manière uniforme sur toutes les petites malades, depuis plus de quinze mois ; aucune complication, aucun accident n'est venu m'obliger à le modifier. C'est depuis que je l'emploie que j'ai obtenu des guérisons.

Lorsque je pris le service, je trouvai déja établi par

les médecins qui m'avaient précédé, M. Malherbe et M. Derivas, l'usage de raser la tête, d'y faire des lotions, d'y appliquer des cataplasmes; diverses pommades étaient employées.

J'en ai, aussi moi, employé successivement plusieurs: la pommade à l'iodure de soufre, la pommade à la suie desséchaient les plaques d'herpès, et ne produisaient aucun bon effet. La pommade à la suie a d'ailleurs l'inconvénient, assez grand dans les hôpitaux, de salir les vêtements, quelque précaution que l'on prenne.

Une pommade alcaline que j'employai plus tard, me parut quelque temps assez avantageuse. J'augmentai peut-être un peu trop la dose de sous-carbonate de potasse; la pommade devint irritante. La peau s'injectait, rougissait; il survenait des eczèma, des pustules impétigineuses, de la douleur: de nouvelles plaques d'herpès tonsurant se montraient. C'était, il est vrai, au printemps de l'année dernière, au moment où l'épidémie d'herpès offrit une recrudescence, de sorte qu'il serait difficile de faire la part de l'irritation produite par la pommade alcaline.

Je laissai de suite cette pommade, et me bornai quelque temps à l'usage de l'axonge, et des lotions d'eau de son.

Ce fut alors que j'eus recours à la pommade au sulfure de chaux, conseillée par M. Cazenave. Elle me parut réussir mieux que toutes les autres à modifier avantageusement l'état des surfaces malades. J'en ai depuis constamment continué l'usage.

Il y a deux mois, j'ai voulu y joindre l'emploi des lotions de sublimé, préconisées par M. Bazin. Sans adopter les idées théoriques de M. Bazin; sur l'étiologie de la maladie, j'ai essayé ce médicament qui lui paraît si efficace.

Je fis faire chaque matin sur les plaques d'herpès tonsurant, une lotion avec la solution dont il donne la formule, dans ses recherches sur les teignes (2 grammes de sublimé dans 500 grammes d'eau distillée). Cette dose

est beaucoup trop élevée. Au bout de quelques jours, les plaques d'herpès étaient vivement irritées ; de nouvelles plaques d'herpès très-petites se formaient aux environs, chez quelques enfants.

Je réduisis la dose de sublimé ; l'irritation diminua, mais ne cessa pas. Je fus obligé de renoncer à l'emploi du remède.

Plus tard, j'ai lu dans le dernier mémoire de M. Bazin, qu'il ne met plus que 15 à 50 centigrammes de sublimé, dans 500 grammes d'eau. Il a donc reconnu les mauvais effets des doses élevées de sublimé, qu'il recommandait comme un remède certain.

Quant à la dose de 15 centigrammes de sublimé, dans 500 grammes d'eau, elle me paraît presque nulle.

L'herpès tonsurant est une maladie essentiellement chronique. Son traitement exige, dans les cas les plus heureux, au moins plusieurs mois ; en général, je crois, plus d'une année, et souvent, bien plus de temps encore.

Et pendant ce long espace de temps, il ne faut pas interrompre les soins minutieux et réguliers qu'exige le traitement ; ou bien l'on perd en peu de jours une amélioration péniblement obtenue.

Je n'ai point parlé de médication interne, appliquée au traitement de l'herpès tonsurant, croyant, avec M. Cazenave, qu'il n'y a d'autre médication interne ou générale indiquée, que celle que peut réclamer la constitution du malade. A nos petites malades délicates ou scrofuleuses, j'ai donné les antiscorbutiques, l'huile de foie de morue, etc.

Je n'ai pas remarqué que ces médicaments aient eu le moindre effet sur l'affection du cuir chevelu.

DE LA PARALYSIE FACIALE. Traitement par la strychnine. — De l'action des strychnées. — Du curare dans le tétanos, par M. THIBEAUD, D.-M., *professeur de clinique à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.*

C'est spécialement dans les paralysies qui ne reconnaissent pas pour cause une altération des centres nerveux, que les moyens de l'art ont plus de chance de succès. Dans ces cas, les médications les plus diverses ont été conseillées.

On connaît les heureux résultats que l'on obtient de l'emploi de la noix vomique et de ses préparations, dans certaines paraplégies et dans les paralysies saturnines.

Dans une paralysie spéciale, le plus ordinairement due à l'influence d'une cause extérieure, dans la paralysie du nerf facial, la strychnine administrée sous différentes formes, paraîtrait amener plus promptement et plus sûrement la guérison, que les divers autres moyens en usage dans cette maladie.

M. Bottu-Desmortiers, dans sa thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, en 1834, recommande comme un traitement efficace dans cette affection, la strychnine, à la dose de 6 à 10 milligrammes, donnée à l'intérieur, ou employée par la méthode endermique.

Les faits de guérison de paralysie faciale, par la strychnine, sont donc connus; cependant, comme il n'en a pas été publié un grand nombre, nous avons pensé que ceux que nous allons rapporter, pourraient avoir quelque intérêt.

1re Observation.

Mlle C., âgée de 45 ans, marchande d'épiceries, demeurant

à Nantes, quai de la Fosse, était obligée, par la nature de ses occupations, de se tenir pendant tout le jour au comptoir d'un magasin non clos, et exposé à de forts courants d'air.

Le 2 mars 1850, à son réveil, l'irrégularité qu'elle remarqua sur les traits du visage l'effraya vivement. Les paupières du côté droit ne pouvaient se rapprocher, l'œil restait constamment ouvert, la commissure de la lèvre droite était abaissée, le froncement du sourcil et du front ne pouvaient avoir lieu de ce côté, et pendant la mastication, les aliments séjournaient entre la joue et les arcades dentaires du côté droit. En un mot, tous les signes de la paralysie faciale existaient; et le côté atteint était précisément celui qui avait été frappé par un courant d'air.

Une saignée de bras fut pratiquée, la malade étant d'un tempérament sanguin et non menstruée depuis plusieurs mois.

Le lendemain on fit dissoudre 5 centigrammes de sulfate de strychnine, dans 100 grammes de sirop de sucre, selon la formule du professeur Trousseau.

Le 1er jour, un centigramme du médicament fut administré, et pendant les 15 jours qui suivirent, on augmenta graduellement les doses, jusqu'à atteindre 8 centigrammes en 24 heures.

Les deux semaines suivantes, on appliqua, en outre, à la tempe droite, et derrière l'extrémité supérieure de la branche montante de l'os maxillaire inférieur, de petits vésicatoires ammoniacaux, que l'on pansa avec 1 et 2 centigrammes du sel de strychnine.

Il ne se passa rien de particulier pendant les quinze premiers jours du traitement, mais le 17e, de vives secousses se firent sentir dans les muscles de la face du côté paralysé, et surtout dans les extrémités inférieures. En même temps, quelques-uns des muscles du côté malade commencent à pouvoir se contracter volontairement. Toutefois, ce ne fut que vers la fin de la 4e semaine, que le mouvement revint entièrement au front, au muscle sourcillier, à l'orbiculaire des paupières et à la commissure des lèvres. Le muscle buccinateur était devenu moins inerte dès le 15e jour du traitement.

La guérison était à peu près complète la 6e semaine. Il ne restait qu'un peu de faiblesse de l'orbiculaire, de sorte que les paupières supérieure et inférieure ne pouvaient se rapprocher complètement. Dix à douze jours après, tout signe de maladie avait disparu.

2e Observation.

Mlle R., âgée de 13 ans, d'une constitution délicate, et n'étant pas encore réglée, fut atteinte le 5 mai 1850, après avoir été exposée à un fort courant d'air, d'une paralysie faciale gauche. Le releveur de la lèvre ne se contractant plus, la commissure de ce côté était abaissée. Du reste, tous les signes qui caractérisent la paralysie du facial existaient chez la malade.

Le 11 mai, le sirop de strychnine préparé suivant la formule précédente, est prescrit. Chaque cuillerée à café de 4 grammes contenait deux milligrammes de sulfate de strychnine.

Le 1er jour, on administre une cuillerée à café du médicament, puis on augmente graduellement les doses.

Le 18 mai, on en donne 6 cuillerées. On observe quelques contractions dans le muscle sourcillier et le releveur des lèvres.

22 mai. 2 centigrammes de strychnine ont été administrés pendant la journée. Le soir, surviennent subitement de violentes secousses convulsives dans les jambes, avec faiblesse de la jambe gauche, chûte, serrement des mâchoires, délire pendant la nuit.

On cesse l'administration de la strychnine, on prescrit une potion éthérée; des cataplasmes sinapisés sont apposés aux extrémités inférieures.

23 mai. La faiblesse de la jambe gauche persiste; mais les contractions convulsives des muscles ont cessé. La malade peut aujourd'hui froncer le sourcil, la commissure gauche des lèvres commence à obéir à l'action du muscle élévateur, les contractions de l'orbiculaire des paupières sont rétablies, celles-ci peuvent être complètement rapprochées l'une de l'autre.

24 mai. La faiblesse de la jambe gauche persiste, et la

malade y ressent en même temps de la douleur ; il existe un peu de tremblement des membres supérieurs, mais le trismus a disparu. Le côté gauche de la face paraît revenir à son aspect normal.

31 mai. La malade est parfaitement. La jambe gauche est maintenant dans l'état naturel ; l'expression de la physionomie est la même des deux côtés ; à peine reste-t-il un peu de faiblesse de l'élévateur des lèvres.

Ces deux malades ont été, comme l'on voit, assez rapidement guéries, et surtout il n'est resté chez elles aucune trace de la maladie, ce qui n'a pas lieu toujours. Il nous arrive de rencontrer assez fréquemment deux femmes chez lesquelles, à la suite d'une paralysie faciale incomplètement traitée, la commissure labiale est demeurée abaissée d'un côté, abaissement qui se produit surtout pendant le rire.

Aux deux faits précédents, nous allons joindre le suivant, où la pile voltaïque fut employée.

C'était en 1841 ; les travaux de M. Duchesne de Boulogne sur l'électricité, devaient plus tard étendre bien au-delà les applications de ce puissant agent dans le domaine pathologique, apporter à ces applications des modifications radicales, et spécialement, donner lieu à des guérisons beaucoup plus promptes.

3e Observation.

Mlle X., âgée de 18 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin et un peu lymphatique, fut atteinte, simultanément, au commencement de décembre 1841, d'angine tonsillaire et de paralysie faciale, à la suite d'un refroidissement qui s'était fait sentir surtout au côté droit de la face.

Des gargarismes émollients, la diète, des boissons mucilagineuses et un purgatif, constituèrent le traitement dirigé contre l'angine

On se borna, quant à la paralysie, à pratiquer quelques frictions ammoniacales sur le côté droit de la face.

8 janvier 1842. La paralysie faciale datant d'un mois, la malade est soumise à l'action de la pile. On se sert de

l'appareil à auge ; et on agit sur les points de la peau correspondant aux muscles paralysés, au moyen d'un excitateur à boule, et d'aiguilles à acupuncture, sans en faire pénétrer la pointe dans les tissus. On donne ainsi, dans l'espace de trois jours, trois séances de 15 à 20 minutes chaque.

Du 11 au 16, on suspend le traitement, pour le reprendre sans interruption jusqu'au 30. On promène la boule de l'excitateur sur la face interne de la joue droite ; alors les secousses convulsives deviennent très-fortes et douloureuses, les contractions musculaires apparaissent sous l'aspect de rapides trémoussements. Dans l'intervalle des séances, on n'observe du reste aucun changement.

Cédant aux sollicitations de Mlle X., qui se plaint des douleurs que lui causent les séances de galvanisation, on suspend le traitement pendant 15 jours.

Le 2e jour qui suivit cette interruption, on commença à remarquer quelques mouvements dans les points paralysés. La commissure droite des lèvres s'élève un peu, l'occlusion de l'œil droit commence à s'opérer. On donne trois séances galvaniques, les 16, 17 et 18 février, en employant une eau moins acidulée. On avait mis jusque-là un quinzième d'acide sulfurique ; on en n'ajoute plus qu'un trentième. Les contractions musculaires produites par la pile sont moins fortes. Cependant un coryza avec rougeur érysipélateuse de la joue, paraissant s'être développé sous l'excitation de l'aiguille, force encore à interrompre le traitement jusqu'au 24 février. Alors les séances sont reprises, elles se prolongent toujours pendant environ 20 minutes.

Les 6 et 7 mars, pas de séances. On reprend celles-ci et l'on continue pendant environ 3 semaines.

A cette époque, des mouvements spontanés s'observent dans les muscles sourcilliers, mais la commissure des lèvres n'a pas encore recouvré son mouvement d'élévation. Ce n'est qu'en avril que toute trace de paralysie avait disparu.

On voit, par les faits que nous venons d'exposer, que le traitement a consisté à solliciter, de la part des muscles paralysés, des contractions artificielles, et dans ce but à

agir sur le principe de la contractilité musculaire, c'est-à-dire sur les nerfs distributeurs de l'influx nerveux. Ces contractions doivent, au point de vue thérapeutique, réveiller dans le système nerveux la vitalité en quelque sorte engourdie, et ramener ainsi le mouvement normal ou volontaire.

Sans nous arrêter aux avantages incontestables que présente l'électricité dirigée surtout d'après les découvertes du savant dont nous avons parlé, nous insisterons particulièrement sur l'emploi de la strychnine. Les effets remarquables et assez rapides qu'elle a produits chez les deux malades dont nous avons donné l'histoire, nous paraissent mériter l'attention.

Les plantes de la famille des strychnées exercent, en effet, une action puissante sur le système musculaire. Les contractions qu'elles y déterminent, d'abord *cloniques*, ne tardent pas, si l'on continue leur emploi, à se transformer en contractions *toniques*. La roideur des mâchoires devient alors permanente, les muscles inspirateurs fortement contractés n'agissent plus, la respiration ne se fait qu'imparfaitement, l'asphyxie est imminente.

Un véritable *tétanos* que l'on pourrait appeler *tétanos toxique*, s'est produit, et représente exactement les phénomènes caractéristiques du *tétanos traumatique*.

Dans les empoisonnements par la strychnine et dans les expérimentations faites sur les animaux, cette roideur se maintient longtemps après la mort.

Dans la thèse de M. Edouard Bureau sur la famille des loganiacées et les plantes qu'elle fournit à la médecine, thèse soutenue à la Faculté de Paris, le 7 juin 1856, sont rapportées plusieurs expériences faites sur des lapins avec la racine de *Spigelia-Marylandica*, plante de la tribu des Spigélies, voisine de celle des strychnées.

Le principe actif de cette plante, auquel on a donné le nom de *spigéline*, paraît réunir en lui les deux modes d'action des strychnées à effets paralysants et à effets tétaniques; toutefois, ces derniers prédominent et précèdent la mort.

Les animaux, après avoir présenté les signes d'un

affaissement profond, succombent à la suite de convulsions d'abord *cloniques*, puis *toniques*; l'asphyxie s'établit plus ou moins rapidement, et la roideur cadavérique s'observe longtemps après la mort, quelquefois plus de 20 heures.

Dans une étude que publie M. Tardieu dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, sur l'empoisonnement par la strychnine, considéré du point de vue médico-légal, l'auteur analyse les faits consignés dans le procès Palmer, de Londres.

A l'autopsie d'une des victimes de Palmer, autopsie faite 6 jours après la mort, la roideur cadavérique existait encore. Or, comme le remarque le médecin anglais présent, jamais, chez les tétaniques même, la roideur cadavérique ne se maintient aussi longtemps.

Le fait qui semble surgir évidemment de l'action des strychnées et des plantes qui s'en rapprochent, est donc une modification spéciale imprimée au système des nerfs moteurs, modification telle que la contractilité musculaire s'accroît, devient bientôt convulsive, et produit enfin l'asphyxie par cessation d'action des muscles inspirateurs.

Chez les animaux empoisonnés par la strychnine, après l'emploi des moyens généraux, on a eu recours, avec quelque avantage, à l'éther, au chloroforme, substances propres à agir directement contre la contracture tétanique; et, en dernier lieu, à la respiration artificielle.

M. Alvaro-Reynoso serait, dit-on, porté à considérer le *curare* comme le véritable contre-poison de la strychnine. (1)

---

(1) Nous lisions ce mémoire le 14 novembre 1856 à la Section de Médec. de la Société Académ. de Nantes. Or, dans le n° de décembre des *Archives générales de Médecine*, de l'année dernière, on trouve un mémoire du Dr Harley, prof. de physiologie et d'histologie à l'Université de Londres, dans lequel sont rapportées des expériences fort curieuses sur l'action respective de la *strychnine* et du *curare*. L'auteur termine par la conclusion que le *curare* et la *strychnine* sont *antidotes* l'un de l'autre.

Or, on sait aujourd'hui, d'après les recherches de MM. de Humboldt, de Schomburgk et autres savants, recherches résumées dans la thèse de M. E. Bureau, que tous les poisons connus chez les Indiens de l'Amérique du Sud, sous les noms de *Curare*, *Woorara*, *Wourali*, *etc.*, et qui servent chez ces peuplades à empoisonner leurs flèches, agissent de la même manière sur l'économie animale, et contiennent probablement toutes le même principe, ou du moins des principes fort analogues fournis par divers végétaux, dont le plus important et le plus connu est le *strychnos toxifera*. C'est lui qui entre, pour la plus grande quantité, dans la composition du *curare*.

Le *curare* ne renferme donc pas de venin de crotale; il n'est pas extrait par les naturels de l'Amérique, de la vésicule du serpent à sonnettes, ainsi que l'avait fait croire la ressemblance de ses propriétés toxiques avec celles de ce venin.

En effet, comme lui, le *curare*, introduit sous la peau, agit, ainsi que l'ont démontré les nombreuses expériences de M. Cl. Bernard, en paralysant les fonctions cérébrales. Il abolit la sensibilité et tous les mouvements des muscles volontaires, tandis que le cœur continue de battre, les tuniques intestinales à se mouvoir chez les animaux. La respiration est suspendue, et l'asphyxie est la cause immédiate de la mort. L'action paraît s'exercer spécialement sur la contraction musculaire, qu'elle anéantit tellement, qu'après la mort les muscles ne peuvent se contracter sous l'influence des plus forts courants électriques.

Chose remarquable, nous continuons à citer la thèse de M. E. Bureau, les strychnos à effets tétaniques et les strychnos qu'on pourrait appeler à effets paralysants, arrivent aux mêmes résultats par des chemins opposés; les uns en exaltant, les autres en paralysant les fonctions du système nerveux.

En outre, les strychnées contenant la strychnine se rencontrent toutes dans l'ancien continent, aux îles Philippines, à Java, au Malabar; tandis que les strychnées dont

on extrait le curare croissant toutes dans le nouveau monde, à la Guyane et dans la Haute-Amazone.

Il est probable que c'est en réfléchissant sur ces faits, qu'un médecin-vétérinaire, M. Sewell, aura été conduit à faire usage du *curare* sur deux chevaux atteints de tétanos. Tous deux guérirent.

Le fait cité dans la thèse de M. E. Bureau, est extrait du *Dictionnaire de Médecine*, de Berlin, et rapporté par le docteur Munter. Nous regrettons qu'il ne nous ait pas été possible de consulter l'ouvrage lui-même.

Ne pourrait-on pas tenter l'emploi du *curare* dans *le tétanos chez l'homme?*

L'analogie conduit à cette conclusion. Si, en effet, la strychnine convient comme excitateur du système nerveux dans les paralysies, le *curare* qui paralyse les fonctions de ce système ne combattrait-il pas avantageusement l'excitation morbide du système nerveux manifestée par les terribles effets qui constituent le *tétanos?*

L'innocuité du *curare*, administré par l'estomac chez les animaux, étant constatée, il faudrait avoir recours à la méthode endermique, et introduire cette substance sous l'épiderme, comme on le fait pour la morphine et la strychnine.

Mais ici de graves difficultés se présentent. De fortes doses tuent rapidement, l'animal meurt comme foudroyé. A doses moindres, la respiration s'arrête, l'affaiblissement général survient, ou bien encore quelques convulsions non tétaniques précèdent la mort.

Cependant, il est des doses de *curare* qui ne sont pas nécessairement mortelles. Il est rapporté dans la thèse que nous citons, que les Indiens, qui se servent pour la chasse de flèches enduites de *curare*, ne cherchent quelquefois qu'à engourdir les animaux et non à les tuer. Or, ils y parviennent, en n'employant que de faibles doses du poison, et en le mêlant à des substances inertes. Si l'on songeait à introduire le *curare* dans la thérapeutique du tétanos, il faudrait donc atténuer considérablement les

doses ; mais, en outre, il conviendrait d'instituer préalablement deux séries d'expériences.

L'habileté de M. Cl. Bernard, auquel la science est déjà redevable de nombreuses recherches sur l'empoisonnement par le *curare*, aurait bientôt rendu à la médecine ce nouveau service.

Il s'agirait donc, en premier lieu, et à l'aide d'expériences sur des animaux d'espèces diverses, de déterminer les doses de *curare* entraînant une mort plus ou moins prompte, puis les doses compatibles avec le maintien de la vie, et propres à agir sur le système nerveux, de manière seulement à l'engourdir, à suspendre à un certain degré l'influence qu'il exerce sur la contractilité musculaire ; à produire, en un mot, une sorte de mort apparente, comme le font les chasseurs indiens. On devrait, de plus, constater les cas où la vie ne pourrait se maintenir qu'à l'aide de la respiration artificielle, et ceux où il ne serait pas nécessaire d'y avoir recours.

En second lieu, on pourrait soumettre à de nouvelles expérimentations les empoisonnements par la strychnine chez les animaux, observer leurs divers degrés, et se servir, dans les cas les plus graves, du *curare* comme contre-poison, en observant ses effets et établissant les doses nécessairement très-minimes auxquelles il devrait être employé.

Ce n'est qu'après ces études préparatoires suivies avec le soin et l'attention qu'elles comportent, que la médecine et la chirurgie pourraient tenter, sans être accusées de témérité, l'emploi du *curare* dans le *tétanos traumatique*, maladie presque constamment mortelle.

Comme nous le disions, l'analogie, fondement des méthodes substitutives auxquelles la thérapeutique doit plus d'une conquête, nous semble devoir justifier l'essai d'une telle médication, quelque hardie et nouvelle qu'elle paraisse.

N'est-ce pas, en effet, à la méthode substitutive que nous devons l'emploi, éminemment avantageux, des strychnées dans les paralysies et les désordres musculaires,

tels que la chorée ? Pourquoi les plantes de la même tribu, renfermant un principe qui produit sur le système nerveux des effets paralysants, ne seraient-elles pas l'antidote des contractions tétaniques produites par les premières, et de celles bien plus graves encore du tétanos ?

Toute substance agissant sur un appareil organique de manière à y produire des phénomènes contraires ou analogues à ceux qui résultent de l'action d'une cause morbide, n'est-elle pas, en général, le moyen le plus puissant à opposer à celle-ci ?

Ce principe fondamental en thérapeutique nous semble comprendre à la fois, dans son énoncé, deux méthodes regardées comme antagonistes l'une de l'autre.

En réfléchissant, en effet, aux faits sur lesquels se fondent les deux procédés ainsi formulés, *contraria contrariis, similia similibus curantur*, n'arrive-t-on pas à conclure que, dans ces deux cas, l'action spéciale déterminée dans l'économie par le médicament, constitue essentiellement la modification thérapeutique qui doit se substituer à la modification morbide. Les phénomènes produits par le médicament apparaissent parfois évidemment contraires ; d'autres fois, on les dirait absolument semblables aux symptômes par lesquels se traduit la maladie.

Nous disons qu'il n'en est ainsi qu'en apparence, et, pour ainsi parler, qu'au premier coup-d'œil de l'observateur. Car, au fond, les médicaments ne produisent jamais dans l'économie l'ensemble et l'évolution de phénomènes qui constituent l'acte morbide.

La belladone, bien qu'elle amène des rougeurs à la peau, de la constriction à la gorge, le quinquina et les sels de quinine, bien qu'ils accélèrent le pouls et suscitent dans le système nerveux des troubles remarquables, les tintements d'oreilles, les tournoiements de tête, des hallucinations délirantes ; ne donnent lieu l'un et l'autre ni à la scarlatine, ni à la fièvre intermittente.

Nous en dirons autant du nitrate d'argent dans certaines ophthalmies. Assurément, les solutions dans les-

quelles il entre, tout en rougissant l'œil et injectant la conjonctive, ne produisent pas une ophthalmie de même nature que celles que l'on observe si fréquemment, tout au plus ressemblerait-elle à l'inflammation directement produite par une cause physique.

Les modificateurs médicamenteux diffèrent par leur nature propre et par les effets qu'ils déterminent dans l'économie, de même que les maladies diffèrent entre elles. Ce point de doctrine a été parfaitement établi dans le beau chapitre sur la *Médication substitutive* du Traité de thérapeutique de MM. Trousseau et Pidoux. Mais, de plus, l'action des modificateurs médicamenteux n'est pas essentiellement identique à l'acte morbide, bien qu'elle semble l'être d'après l'aspect extérieur des phénomènes; l'effet du médicament, en un mot, n'est jamais entièrement *adéquat* aux symptômes de la maladie; *le similia similibus* n'est pas vrai logiquement. La seule chose vraie, c'est la modification plus ou moins profonde imprimée à l'organisme par le médicament, et la substitution de cet état à l'état morbide.

Il est probable que c'est à ces troubles salutaires, à ces modifications intimes suscitées dans l'économie par nos médicaments, que sont dues leurs principales propriétés curatives. Les influences qu'ils exercent sur l'organisme vivant se traduisent au dehors par des manifestations diverses. Tantôt ces manifestations diffèrent de celles de la maladie; d'autres fois, elles paraissent avoir avec celle-ci des analogies plus ou moins rapprochées: dans bien des cas, enfin, elles déterminent au sein des appareils des mutations plus profondes et qui échappent à notre vue. Lorsque ces rapports d'opposition ou d'analogie sont plus frappants, c'est alors que la thérapeutique triomphe; il est donc du plus haut intérêt pour l'avenir de l'art de les rechercher et de les prévoir; là certainement se trouve une source féconde de progrès.

TABLE DES MATIÈRES.

DU XXXIIe VOLUME.

Pages.

Appréciation de la méthode de Deventer, ayant pour but de faciliter la version, par M. Aubinais. . 95

Aubinais. Voyez appréciation de la méthode de Deventer, ayant pour but de faciliter la version. 95

Aubinais. Voyez de certains phénomènes hystériformes avec suppression passagère de la menstruation pouvant laisser soupçonner à tort un commencement de grossesse 33

Bulletins des séances. 5, 53, 133, 179

Considération sur l'épidémie de l'herpès tonsurant observée à l'hôpital Saint-Jacques, de 1854 à 1856, par M. Hélie. 181

De certains phénomènes hystériformes avec suppression passagère de la menstruation pouvant laisser soupçonner à tort un commencement de grossesse, par M. le docteur Aubinais. 33

De la paralysie faciale; traitement par la strychnine, etc., par M. Thibeaud. 201

Deux observations de rupture de l'utérus, par le docteur Letenneur. 163

Études cliniques. Des hydropisies, suites de fièvres intermittentes, par M. Thibeaud. 117

Hélie. Voyez considération sur l'épidémie de l'herpès tonsurant observée à l'hôpital Saint-Jacques, de 1854 à 1856. 181

Huette. Voyez tableau des observations météorologiques de 1855. 53

Le Houx. Voyez note sur une tumeur hydatique abdominale; ruptures spontanées du kyste, suivies de l'excrétion de son contenu par la voie intestinale, etc. 44

Letenneur. Voyez deux observations de rupture de l'utérus 163

Mahot. Voyez tumeur squirrheuse développée dans le médiastin antérieur. Compression de la veine cave supérieure. Œdème de toutes les parties sus-diaphragmatiques 105

Pages.

Malherbe. Voyez observations cliniques. 71

Malherbe. Voyez rapport sur un mémoire de M. Gintrac, de Bordeaux, sur l'oblitération de la veine-porte 169

Note sur une tumeur hydatique abdominale ; ruptures spontanées et périodiques du kyste, suivies de l'excrétion de son contenu par la voie intestinale, etc., par M. Le Houx. 44

Notes sur quelques cas de fièvres éruptives, recueillis à l'Hôtel-Dieu, par M. Vallin, élève interne. . 111

Observation clinique, par M. Rouxeau. 155

Observation d'éclampsie albuminurique, suite de scarlatine, par M. Rouxeau. 139

Observation de lypémanie, par M. le docteur Petit. 20

Observations cliniques, par M. Malherbe. 71

Petit. Voyez observation de lypémanie. 20

Rapport sur un mémoire de M. Gintrac, de Bordeaux, sur l'oblitération de la veine-porte, par M. Malherbe. 169

Rouxeau. Voyez observation clinique. 155

Rouxeau. Voyez observation d'éclampsie albuminurique, suite de scarlatine. 139

Symptômes graves produits par l'administration du seigle ergoté, par M. Trastour. 88

Table des matières. 213

Tableau des observations météorologiques de 1855, par M. Huette. 53

Thibeaud. Voyez de la paralysie faciale ; traitement par la strychnine. 201

Thibeaud. Voyez études cliniques. Des hydropisies, suites de fièvres intermittentes. 117

Trastour. Voyez symptômes graves produits par l'administration du seigle ergoté. 88

Tumeur squirrheuse développée dans le médiastin antérieur. Compression de la veine-cave supérieure. Œdème de toutes les parties sus-diaphragmatiques, par M. Mahot. 105

Vallin. Voyez notes sur quelques cas de fièvres éruptives, recueillis à l'Hôtel-Dieu. 111

Nantes, Imprimerie de Mme veuve C. Mellinet